



Comunicaciones en Panel

CPCC001

CASUÍSTICA DE 10 PACIENTES CON QUERATITIS POR ACANTHAMOEBA

Enrique ALFONSO MUÑOZ, M.^a José ROIG REVERT, Ester FERNÁNDEZ LÓPEZ, Juan DAVÓ CABRERA, Mikhail HERNÁNDEZ, Cristina PERIS MARTÍNEZ

Introducción: La queratitis por acanthamoeba es una enfermedad cuya prevalencia es en aumento y supone un reto diagnóstico y terapéutico. Presentamos una revisión del manejo de todos los casos de acanthamoeba referidos a nuestro centro desde el año 2008 hasta la fecha.

Casos clínicos: Durante este periodo hemos atendido 20 pacientes con sospecha de queratitis por acanthamoeba, siendo confirmada en 10 de ellos. Todos los casos fueron tratados con clorhexidina 0,05% y propamidina 0,1%, 4 recibieron además tratamiento con corticoides tópicos con una media de 52 días tras el inicio de tratamiento antiparasitario y 3 requirieron queratoplastia penetrante (QPP) de emergencia. La agudeza visual (AV) final mejoró en todos los casos y se correlacionó con la severidad de afectación corneal, siendo la afectación estromal profunda y la aparición de infiltrado numular signos de mal pronóstico y de riesgo de QPP en caliente o diferida tras control de la infección.

Conclusiones: Con la instauración temprana de tratamiento médico tópico y la QPP de emergencia en los casos con riesgo de perforación y extensión ocular conseguimos detener la infección por acanthamoeba y con ello una mejoría en la AV en todos nuestros pacientes. El diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para obtener un buen resultado en el manejo de la queratitis por acanthamoeba.

CPCC002

LINFOMA CONJUNTIVAL BILATERAL DE TIPO DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B: DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO

Álvaro ARCHIDONA ARRANZ, Rocío SANJUÁN RUIZ, Juan YANGUAS LUCENA

Introducción: El linfoma conjuntival supone entre el 20 y 30% de los tumores linfoides de ojo y anejos. La mayoría son derivados de células B. La mayor incidencia se encuentra en la sexta década de la vida.

Caso Clínico: Mujer de 73 años, que presenta picor y lagrimeo en ambos ojos de un mes de evolución. En la exploración observamos una masa de aspecto rosado, blanda, móvil, no adherida a planos profundos e indolora que ocupa todo el fondo de saco conjuntival inferior de ambos ojos (AO), de mayor tamaño en ojo izquierdo (OI). Resto de polo anterior y fondo de ojo normales. Realizamos biopsia conjuntival por escisión de las lesiones de AO, que se informaron como linfoma no Hodgkin de grado difuso de células grandes B (LDCGB). La analítica es normal. Realizamos estudio de extensión mediante tomografía por emisión de positrones (PET), que objetiva infiltración tumoral en ojo izquierdo sin evidencias de enfermedad neoplásica macroscópica de alto grado metabólico a otros niveles. Oncología decide tratamiento con quimioterapia (QT) consistente en 6 ciclos de rituximab, ciclofosfamida, hidroxidaunorubicina, vincristina y prednisona (R-CHOP). Tras el tercer ciclo de QT, la paciente presentó remisión completa en el PET. En la exploración tras el quinto ciclo, se observa desaparición de la lesión del OD y reducción de la del OI.

Conclusiones: Los linfomas de ojo y anejos oculares suponen del 2 al 10% de los linfomas extranodales. Solo un 20-30% de los linfomas conjuntivales está asociado a enfermedad sistémica, siendo bilaterales en casi el 40% de los casos. Nuestro caso, el LDCGB, supone tan solo un 5% de los linfomas B de anejos oculares. Es imprescindible realizar una biopsia para diferenciar lesiones benignas y malignas. En caso de lesión maligna, debemos realizar un estudio de extensión. El tratamiento consiste en QT sistémica en caso de extensión extraocular. Si la lesión está limitada a la conjuntiva se puede realizar extirpación quirúrgica o radioterapia externa.

CPCC003

INFILTRADOS CORNEALES MARGINALES DE REPETICIÓN EN PORTADORA NASAL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN RESISTENTE

M.^a Encarnación CORREA PÉREZ, M.^a del Carmen VALVERDE COLLAR, Elena VALLEJO VICENTE

Introducción: El Staphylococcus aureus se encuentra como principal implicado en las blefaroconjuntivitis y los infiltrados corneales marginales o infiltrados catarrales por una respuesta antigénica inmune. Éste puede colonizar piel y fosas nasales en individuos sanos de forma inocua, pero puede ser un importante patógeno hospitalario y de la comunidad en individuos predispuestos. El Staphylococcus Aureus Meticilin Resistente (SARM) se considera principalmente una infección nosocomial, objetivándose muy prevalente en las fosas nasales del personal hospitalario.

Caso clínico: Presentamos el caso de una trabajadora hospitalaria que presenta infiltrados limbares corneales de repetición, siempre en ojo izquierdo, en los últimos 5 años pese a diversos tratamientos.

Se realizó cultivo de exudado conjuntival de ambos ojos y toma de muestra nasal. Se obtuvo abundante crecimiento de SARM en ojo izquierdo, así como a nivel de fosas nasales.

Tras el tratamiento antibiótico ocular basado en el antibiograma y erradicación nasal con pomada antibiótica, los cultivos posteriores fueron negativos sin nuevos episodios trascurrido un año.

Conclusiones: Diversos autores defienden la necesidad de screening de la presencia de SARM nasal en trabajadores sanitarios para evitar que éstos se conviertan en focos de transmisión como portadores asintomáticos, aunque otros muchos defienden que con las medidas de higiene habituales, el personal hospitalario es infrecuentemente origen de infección. Pese a que el principal agente implicado en los infiltrados catarrales es el Staphylococcus aureus, no existen estudios que relacionen su presencia a nivel de fosas nasales con dicha patología ocular. Dado que en nuestra paciente la erradicación en fosas junto al tratamiento ocular concluyó en una resolución del caso, consideramos que el cultivo de muestra nasal puede plantearse en situaciones de infiltrados corneales marginales recurrentes.

CPCC004

RÁPIDO CRECIMIENTO DE CARCINOMA EPIDERMOIDE CONJUNTIVAL SOBRE PINGUECULITIS CRÓNICA DE LARGA EVOLUCIÓN. RESECCIÓN E INTERFERÓN TÓPICO

Elena GUZMÁN ALMAGRO, José J. SAN ROMAN LLORENS, Andrea L. GUIJARRO ALAÑA, Irene PLATAS MORENO, Blanca GARCÍA SANDOVAL, Ignacio JIMÉNEZ-ALFARO MOROTE,

Caso clínico: Varón de 52 años, jardinero de profesión, derivado por pingueculitis ojo derecho (OD) de 3 meses de evolución en tratamiento tópico refractario a fluorometolona durante un mes. Tanto la agudeza visual, funduscopia y presión intraocular no presentan alteraciones. En la biomicroscopía se observa tumoración conjuntival nasal multilobulada de dimensiones moderadas levemente calcificada con troncos vasculares profundos e hiperemia junto con afectación escleral.

Se realiza resección de tumoración conjuntival nasal por rápido crecimiento en los últimos 15 días que se tapiza con autoinjerto conjuntival. Anatomía patológica informa la pieza como fragmentos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con crecimiento papilomatoso y signos de microinvasión en el escaso corion acompañante. En el borde de nódulos fragmentos se aprecian imágenes de pterigium con elastosis del corion y ausencia de imágenes de carcinoma in situ. Finalmente es diagnosticado de lesión ocular compatible con carcinoma epidermoide grado 2 con crecimiento papilomatoso y microinvasión. En el postoperatorio se observa hiposfagma en reabsorción en zona de injerto junto con puntos de nylon y buen aspecto de zona donante. No se observa recidiva postquirúrgica. Se inicia colirio de interferón alfa cada 6 horas como uso compasivo durante 6 meses además de tobradex y eritromicina tópicas. A los 2 meses se retiran suturas conjuntivales nasales.

Se remite a oncología médica quienes solicitan PET-TAC e interconsulta a otorrinolaringología junto con gastroscopia y rectoscopia.

Conclusiones: Ante lesiones conjuntivales en pacientes con exposición solar intensa y rápido crecimiento es necesaria la escisión para su estudio. En carcinoma epidermoide conjuntival es de gran utilidad el uso de interferón tópico, tanto para disminuir el tamaño de la lesión como el riesgo de recidiva. El mecanismo de acción del interferón se basa en efecto indirecto antiproliferativo activando las células citotóxicas.

CPCC005

QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA EN ARTRITIS REUMATOIDE RELACIONADA CON LA RETIRADA DE FÁRMACO BIOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Samuel HERNÁNDEZ RUIZ, Carlos NARVÁEZ PALAZÓN, Consuelo LÓPEZ ABAD

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica (PUK) es una forma de inflamación del estroma yuxtalimbal que se caracteriza por adelgazamiento y ulceración. De las PUK debidas conectivopatías, el 34-42% se asocian a artritis reumatoide. Su aparición se ha relacionado con modificaciones del tratamiento. Tiene complicaciones graves como la perforación corneal.

Caso clínico: Un paciente varón de 54 años con artritis reumatoide de más de 25 años de evolución en seguimiento por el servicio de reumatología y tratado con tocilizumab (TCZ) con buen control de la enfermedad. Coincidiendo con una suspensión temporal del TCZ, el paciente debutó con una PUK severa que evolucionó en pocos días a descematocele y perforación corneal, requiriendo tratamiento quirúrgico con queratoplastia lamelar tectónica acompañado de recubrimiento con trasplante de membrana amniótica. Asimismo se intensificó el tratamiento sistémico reintroduciendo TZC y añadiendo esteroides sistémicos a dosis altas, así como anticolagenolíticos. La evolución fue satisfactoria con epitelización correcta del injerto lamelar de córnea, restauración de una buena agudeza visual y ausencia de recurrencias del melting corneal.

Conclusiones: Posible relación entre el cambio/retirada de fármacos biológicos en pacientes con artritis reumatoide evolucionada y la aparición de una queratitis ulcerativa periférica severa que puede tener consecuencias devastadoras para la integridad del globo ocular.

CPCC006

BEVALIZUMAB TÓPICO Y MEMBRANA AMNIÓTICA EN NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL BILATERAL AGRESIVA

Samira KETABI SHADVAR, Noelia RUBIO ÁLVAREZ, Sara RODRIGO REY, M.^a Ángeles MONTES MOLLÓN

Introducción: La neovascularización corneal es un proceso que puede conducir a alteraciones graves de la visión por cambios en la refracción, opacificación de medios, descompensación corneal... La mayoría de los casos es por una insuficiencia limbar secundaria a insultos del polo anterior como traumatismos o causticaciones. Existen distintas alternativas del manejo que deben individualizarse.

Caso Clínico: Paciente varón de 49 años con antecedentes de úlceras corneales catarrales en ambos ojos y blefaritis tratada en varias ocasiones con ciclos de doxiciclina oral e higiene palpebral. Presenta leve pannus de 4 a 6 horas en el ojo derecho (OD), que permanece estable durante 3 años, con posterior empeoramiento brusco en pocos meses abarcando de 1 a 9 horas y un frente de avance en anillo hasta alcanzar el reborde pupilar. El ojo izquierdo comienza con la misma clínica simultáneamente. Dada la velocidad de progresión y el riesgo de invasión del eje visual se decide exéresis con trasplante de membrana amniótica en OD. En OI se interviene meses más tarde con mismo procedimiento por una evolución similar. Ante la agresividad del cuadro se añade tratamiento con suero autólogo, y preventivo con ciclosporina 0,05% y bevacizumab tópico, corticoides tópicos en dosis descendentes. Actualmente hay un buen control de la patología, sin nuevas lesiones y el paciente tolera la medicación.

Conclusiones: La neovascularización corneal por insuficiencia limbar es una patología de manejo complejo, que requiere un seguimiento cercano. Hay opciones terapéuticas diferentes que deben individualizarse. En nuestro caso por la rápida evolución y extensión de las lesiones se optó por un tratamiento quirúrgico de entrada y posterior control con antiangiogénicos e inmunosupresores de mantenimiento.

CPCC007

SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN DE ULCERA NEUROTRÓFICA MEDIANTE OCT DE SEGMENTO ANTERIOR

Cecilia MAISÓN MARTÍNEZ, Lucía B. IZAGUIRRE RONCAL, Lara BERASTEGUI ARBELOA, Ángel ARRONDO NICOLÁS, Jimmy TOMAS CUTIRE

Introducción: La tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) es una técnica eficaz que obtiene en tiempo real y de forma no invasiva imágenes de los tejidos vivos de alta resolución y con una gran correlación anatómica, permitiéndonos hacer el seguimiento anatómico preciso de problemas de superficie ocular, así como de tomar medidas de los distintos segmentos de la cornea.

Caso clínico: Presentamos el seguimiento y evolución, mediante OCT-SA, durante 3 meses, de una úlcera corneal neurotrófica en el ojo derecho de una paciente de 46 años, con antecedente de queratitis herpética en ese ojo hace 20 años y múltiples recidivas

Conclusiones: La OCT-SA es una prueba rápida, no invasiva, que nos puede aportar información útil en el seguimiento de pacientes con problemas de superficie ocular; permite la evaluación y medición del grosor de los distintos segmentos de la cornea sin ningún tipo de contacto, y supone un mecanismo objetivo para evaluar la recuperación epitelial y la cicatrización del paciente, incluso por debajo de una lente de contacto o de un trasplante de membrana amniótica.

CPCC008

QUERATITIS POR NOCARDIA ABSCESSUS

César F. MAÑAS UXÓ, M.^a Isabel PÉREZ CABEZA, M.^a Jesús GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

Introducción: Nocardia es una rara causa de queratitis infecciosa. Resistente a los antibióticos que usamos de primera línea y frecuente retraso en el diagnóstico, puede derivar en mala visión residual. Factores predisponentes son cirugía, uso de corticoides o lentes de contacto y traumatismos oculares con material vegetal, suciedad, piedras o grava

Caso clínico: Varón, 45 años, con úlcera corneal de semanas de evolución y mala respuesta al tratamiento. Refiere caída en el ojo de material vegetal tras estar limpiando un jardín con una máquina sopladora y frotamiento del ojo al sentir molestias. Se diagnostica úlcera corneal infiltrada, con mala respuesta a colirios tobramicina, ofloxacino y voriconazol. Acude a nosotros con empeoramiento del cuadro y una úlcera que amenaza eje visual en forma de anillo con infiltrados múltiples en su borde como cabezas de alfiler "en corona" y base grisácea irregular que afecta a estroma anterior. Obtenemos muestras para cultivo, informando microbiología de bacilo Gram+, de crecimiento lento y alta probabilidad de Nocardia. Se confirma con PCR Nocardia abscessus y sensibilidad en antibiograma a trimetoprim-sulfametoxazol (T-S) y amikacina. Pautamos colirio amikacina 2.5%, observando una rápida mejoría. Lo mantenemos durante 10 semanas, curando la úlcera dejando un leucoma poco denso y avascular con agudeza 1/2 por afectación de eje visual

Conclusiones: Queratitis por Nocardia es una entidad rara. Hay que sospecharla en un paciente con historia de trauma ocular (vegetales, grava y suciedad) que presente infiltrados irregulares en el estroma anterior como cabezas de alfiler con una distribución "en corona" (altamente sugestivos de queratitis por Nocardia). No responde a los tratamientos antibióticos que se usan de primera línea. Los fármacos más efectivos son amikacina y T-S tópicos, a los que la infección responde bien pero formando cicatriz corneal. Una pronta sospecha con instauración del tratamiento adecuado puede reducir el tamaño de ésta y las secuelas.

CPCC009

MOLDEAMIENTO CORNEAL POR CONJUNTIVITIS PAPILAR GIGANTE

Juan A. MIRALLES DE IMPERIAL OLLERO, Ana PALAZÓN CABANES, Almudena CARAVACA ALEGRÍA, M.^a Dolores ROMERO CABALLERO

Introducción: La córnea es una superficie elástica que se puede modificar por diferentes factores (lentes de contacto, tumores palpebrales, rascado crónico) pudiendo disminuir la agudeza visual. Presentamos dos casos clínicos con macroastigmatismo irregular corneal por conjuntivitis papilar gigante objetivado por topografía corneal.

Casos clínicos: Mujer de 14 años que acudió con pseudoptosis y picor en ambos ojos (AO) de 4 años de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaba el síndrome de hiper IgE. La agudeza visual (AV) con su corrección (csc) era de 0,8 en OD y 1 en OI. En la biomicroscopía se observó papilas gigantes en tarso superior y una queratitis punteada superior. La topografía corneal mostró un astigmatismo irregular en OD y regular en OI. Se trató con tacrolimus y ciclosporina colirio.

A los 6 meses de tratamiento, la paciente mejoró alcanzando una AV csc de 1.2 en AO, con descenso de la reacción papilar y queratitis. La topografía corneal, reveló un patrón característico de un astigmatismo regular en OD y ligero aumento del espesor corneal en OI.

Varón de 9 años que acudió por picor intenso en AO de años de evolución. Diagnosticado de queratoconjuntivitis vernal. La AV (csc) era de 0,7 en AO. En la biomicroscopía se observó papilas gigantes en tarso superior, queratitis punteada en córnea superior. La topografía corneal mostró un astigmatismo corneal irregular en AO. A los dos meses de tratamiento ciclosporina colirio, colirio de dexametasona, la reacción papilar y la queratitis habían disminuido. La topografía corneal reveló una regularización de la superficie corneal en AO.

Conclusiones: El moldeamiento corneal es un cambio en la superficie de la córnea no asociado a edema. Aunque, generalmente, está descrito en pacientes portadores de lentes de contacto, una conjuntivitis papilar gigante puede alterarla. La topografía corneal es una herramienta muy valiosa en el estudio y corrección de los defectos refractivos de estos pacientes.

CPCC010

PRGF®-ENDORET® COLIRIO PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE OJO SECO GRADO IV. A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel M.^a MORENO ESCUDERO, Javier CLAVEL LARIA, Aída MACHAN, Carlos E. MONERA LUCAS, Claudia TARAZONA JAIMES, José J. MARTÍNEZ TOLDOS

Introducción: La queratoconjuntivitis seca (QCS) es la complicación corneal más frecuente en la enfermedad de injerto contra huésped (EICH). Se trata de un síndrome de Sjögren-like. Aparece un infiltrado linfocítico en tejidos glandulares, entre ellos la glándula lagrimal, y posteriormente fibrosis. Se produce un síndrome de ojo seco acuoso deficiente.

Caso clínico: Mujer de 63 años con QCS severa secundaria a EICH crónica tras trasplante alógeno de médula ósea realizado en 2002 por síndrome mielodisplásico. Intervenida de dos queratoplastias penetrantes en ojo derecho (OD) y cirugía combinada de queratoplastia penetrante y facoesclerectomía en ojo izquierdo (OI). Su agudeza visual era 0,4 OD y 0,7 OI. Ha presentado desde 2012 en OD episodios recurrentes de ulceración corneal estéril con infiltración estromal, de probable etiología autoinmune, en zona subyacente a los defectos epiteliales y adelgazamiento corneal trófico secundario. En septiembre de 2016, ante la ausencia de respuesta a tratamientos habituales, se decidió añadir colirio de PRGF®-Endoret® cada 2h al tratamiento tópico con Dexametasona sin conservantes cada 4h en pauta descendente, Moxifloxacino cada 8h, lágrimas artificiales sin conservantes y lente de contacto terapéutica. Al mes y medio, el defecto epitelial había cerrado, no había signos infecciosos y presentaba una recuperación parcial del grosor corneal.

Conclusiones: El colirio de PRGF®-Endoret®, con una osmolaridad y pH similar a los de la película lagrimal, estimula la regeneración de la superficie ocular y reduce la inflamación al aportar elevada concentración de factores de crecimiento y proteínas biológicamente activas. Es una novedosa herramienta terapéutica, eficaz y segura. Son necesarios más estudios, para determinar la dosis y duración óptima del tratamiento, así como establecer con precisión sus indicaciones. No obstante, las patologías que más podrían beneficiarse son el síndrome de ojo seco y el defecto epitelial persistente.

CPCC011 - CANCELADA

CPCC012

QUERATITIS PUNTEADA SUPERFICIAL DE THYGESON TRATADA CON POMADA DE TACROLIMUS

Fernando PÉREZ ROCA, Esther RODRIGO MORALES, Carmen BURGOS RODRÍGUEZ

Introducción: La queratitis punteada superficial de Thygeson (QPST) es una enfermedad corneal bilateral poco frecuente con lesiones blancogrisáceas puntiformes ligeramente sobreelevadas en la córnea central sin edema estromal y mínima o ausente reactividad conjuntival. Su etiopatogenia es desconocida aunque se ha relacionado con infecciones virales o mecanismos inmunológicos. Su duración es variable, desde unos pocos meses hasta incluso años con exacerbaciones y remisiones. Para su tratamiento se suelen utilizar los corticoides tópicos, pero debido a sus efectos secundarios a largo plazo, como la formación de cataratas o incrementos en la tensión ocular, se han utilizado con éxito inmunomoduladores como las ciclosporina A o el tacrolimus.

Caso Clínico: Varón de 11 años que acude por urgencias por fotofobia, sensación de cuerpo extraño y lagrimeo de ambos ojos. La exploración mostraba múltiples lesiones corneales puntiformes grisáceas que captaban fluoresceína en ambos ojos con mínima hiperemia. En un primer momento se pautaron lágrimas artificiales y antihistamínicos tópicos sin respuesta. Dos semanas más tarde se decidió instaurar tratamiento con dexametasona tópica con mejoría significativa del cuadro. Durante los meses siguientes el paciente volvió a acudir por urgencias por recidivas que se volvían a controlar con corticoides. Debido a sus posibles efectos adversos, se decidió usar colirio de ciclosporina 0,5% con respuesta satisfactoria en un primer momento, pero unos meses más tarde volvió a acudir por urgencias por exacerbación del cuadro. Se decidió tratar con pomada de tacrolimus 0,03% dos veces al día durante un mes y una aplicación nocturna de mantenimiento. El paciente no ha vuelto a tener recidivas en 9 meses.

Conclusiones: La pomada de tacrolimus se mostró eficaz y segura para el tratamiento de la QPST. No se detectaron efectos secundarios y fue bien tolerada permitiendo evitar los efectos adversos asociados clásicamente a la terapia con corticoides.

CPCC013

MANEJO DE CONJUNTIVALIZACIÓN CORNEAL SECUNDARIA A CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA CON EPITELIECTOMÍA CONJUNTIVAL SECTORIAL SECUENCIAL

Noelia SABATER CRUZ, Joaquim MAURICIO CASANOVA, Carlos MARTÍN CALVO, Jesús COSTA VILA

Introducción: La irregularidad de la superficie ocular producida por epitelio de origen conjuntival produce disminución de la agudeza visual. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la epiteliectomía conjuntival sectorial secuencial para el tratamiento de la insuficiencia límbica parcial secundaria a conjuntivitis hemorrágica.

Caso Clínico: Varón de 61 años que consulta por visión borrosa de 2 meses de evolución en su ojo derecho. Como antecedentes oftalmológicos explica episodio de conjuntivitis hemorrágica hace 22 años diagnosticada y tratada en Italia. A la exploración la mejor agudeza visual es de 0.4 en ojo derecho y 1.0 en ojo izquierdo, pseudoptosis secundaria a simblefaron superior derecho, presión intraocular de 14 y 16 mmHg respectivamente, hipoestesia corneal derecha y defecto epitelial derecho de 3x4 mm con epitelio irregular circundante. Ojo izquierdo y funduscopia sin alteraciones. Tras una semana con lubricación ocular intensa, el defecto epitelial aparece cerrado y es mucho más evidente la irregularidad de la superficie corneal por conjuntivalización, especialmente en la parte superior de la córnea, con afectación del eje visual. Se observa insuficiencia límbica en la parte superior corneal y de VI a VIII horas. Se realizan 3 sesiones semanales de raspado del epitelio conjuntival de forma sectorial, con mejoría gradual de la visión tras cada sesión. Una semana tras la última sesión, la agudeza visual de ojo derecho es de 1.0. En su última visita 4 meses tras la última sesión, la visión se mantiene estable.

Conclusiones: La epiteliectomía conjuntival sectorial secuencial para el manejo de la conjuntivalización corneal por insuficiencia límbica ha mostrado ser eficaz, económico y sencillo como tratamiento de esta secuela de la conjuntivitis hemorrágica.

CPCC014

REHABILITACIÓN VISUAL Y TOLERANCIA CON LENTES DE APOYO ESCLERAL EN QUERATOCONOS AVANZADOS Y TRAS CIRUGÍA DE QUERATOCONO

José SALGADO-BORGES, Ana R. SILVA, Anabela BORGES, Filipe ESTEVES

Introducción: Reportamos los resultados a corto y mediano plazo de la agudeza visual y la tolerancia ocular, con una lente de contacto de apoyo escleral tras implante de segmentos de anillo intracorneales (ICRS) para queratocono y queratocono avanzado (Ks). Las lentes de contacto de apoyo escleral utilizadas fueron fabricadas con material Paflucocon D (permeabilidad al oxígeno = 100 barrer), con un diámetro de 16,5 mm y una altura sagital de bóveda entre 3900 y 5600 micras.

Casos Clínicos: Se adaptaron en cuatro pacientes -3 ojos con ICRS (Grupo ICRS) y 4 ojos de queratocono avanzado (Grupo Ks). Se seleccionó la altura sagital considerando la elevación de los 10 mm de la córnea central y la separación deseada entre lente y córnea (aproximadamente 300 micras). También se seleccionaron los parámetros LCZ (zona de limpieza límbica) y SLZ (zona de aterrizaje escleral) de acuerdo con la guía de adaptación del fabricante. Los pacientes fueron evaluados una hora después de insertar la lente, y de nuevo después de treinta días usando la lente.

En el grupo ICRS, la mejor agudeza visual (MAV) con gafas o LC estándar fue de 0,3 - 0,5 antes de la adaptación. Una hora después de adaptar las lentes esclerales, la AV mejoró en todos los ojos pasando a 0,6-0,9. En el grupo Ks, la MAV basal fue de 0,2-0,6. Una hora después de adaptar las lentes esclerales, la AV fue de 0,8 a 0,9. Treinta días después, el MAV fue el mismo en ambos grupos. En ninguno de los grupos encontramos hipoxia o teñido corneal.

Conclusiones: Se observó un aumento significativo en la agudeza visual con las lentes esclerales. Todos los pacientes mostraron una mejora significativa en la calidad visual manteniendo altos niveles de comodidad. En resumen, las lentes de contacto de apoyo escleral pueden utilizarse con éxito para la rehabilitación de pacientes con queratocono avanzado y como complemento de la cirugía corneal.

CPCC015

ATÍPICO RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO: ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN CONJUNTIVA BULBAR

Alejandro SERNA GÓMEZ, Roberto ANAYA ALAMINOS, Juan M. RIVAS REYNOSO, Hugo E. TAPIA QUIJADA, Silvia MALAGÓN RUIZ

Introducción: Los tumores de la conjuntiva son los más frecuentes de la superficie ocular siendo los de origen epitelial y melanocítico los más destacados. El adenocarcinoma de células en anillo de sello, es un tumor rara vez descrito a nivel de la conjuntiva bulbar.

Caso clínico: Varón de 76 años con lesión discretamente dolorosa a nivel de la conjuntiva bulbar nasal inferior del ojo derecho. La lesión es de coloración rosada, sobreelevada, no móvil, de aspecto granulomatoso y ulcerada en su zona central. El paciente había sido intervenido unos años antes de desprendimiento de retina mediante cirugía escleral, siendo la lesión catalogada inicialmente de granuloma conjuntival con cabo de sutura escleral exteriorizado.

Se inicia tratamiento con corticoides y antibióticos tópicos obteniendo una pobre respuesta al mismo, por lo que se decide realizar biopsia escisional con colgajo conjuntival asociado. El diagnóstico anatomopatológico revela un adenocarcinoma de células en anillo de sello en conjuntiva bulbar, células positivas con los anticuerpos CK AE1-3 y CK8/18 y negativas para CDX-2 y CK7.

El paciente presenta además clínica sistémica que consiste en episodios recurrentes de anemia severa de probable origen digestivo, favorecido por la enfermedad de Von Willebrand tipo I que padece. A pesar de la alta sospecha de que la causa de la anemia sea secundaria a un proceso tumoral del tracto digestivo, los múltiples estudios solicitados no han conseguido descartar éste ni otros orígenes hasta el momento actual.

Conclusiones: El adenocarcinoma de células en anillo de sello de la conjuntiva bulbar es una neoplasia rara, con escasas publicaciones en la literatura, habiendo sido descrita como la primera manifestación metastásica de un adenocarcinoma de células en anillo gástrico, pero no como un tumor primario aislado, como podría tratarse del caso descrito.

CPCC016

ÚLCERA DE MOOREN BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Miguel A. SERRA SEGARRA, Juan M. VALLÉS MARTÍNEZ, Miguel E. MASANET, Melanie JUÁREZ ESTUDILLO

Introducción: Los adelgazamientos corneales periféricos son entidades potencialmente graves que requieren un adecuado diagnóstico diferencial. A pesar del tratamiento médico con inmunosupresores en algunos casos es necesaria la cirugía para evitar mayores complicaciones.

Caso clínico: Paciente varón de 68 años sin antecedentes oftálmicos de interés que acude a urgencias por presentar dolor ocular en ambos ojos.

A la exploración presenta un adelgazamiento corneal periférico superior bilateral con defecto epitelial asociado y abundante vascularización conjuntival perilesional asociada, realizando un diagnóstico diferencial de ulceraciones periféricas posiblemente de origen autoinmune. Una vez descartada el origen infeccioso, se instaura tratamiento con: prednisolona colirio 1 gota cada hora; moxifloxacino, diclofenaco, y ciclopléjico colirio 1 gota cada 8 horas; ciclosporina 2% colirio 1 gota cada 6 horas. Se realiza un screening de enfermedades reumatológicas sistémicas resultando todas las pruebas negativas.

Tras no presentar mejoría en una semana se instaura tratamiento con prednisona 30mg vía oral. Ante la no respuesta al tratamiento y el riesgo inminente de perforación se decide realizar una resección conjuntival superior con desepitelización del adelgazamiento corneal y aposición de membrana amniótica. Se asocia tratamiento oral con ciclosporina A 200mg/12 horas. Tras el tratamiento quirúrgico y la instauración del inmunosupresor oral disminuyó la inflamación perilesional y aumentó ligeramente el grosor corneal medido por AS-OCT, permitiendo la disminución paulatina de la medicación hasta su total retirada.

Conclusiones: La úlcera de mooren es una entidad relativamente infrecuente que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial de las degeneraciones corneales periféricas. Resulta de vital importancia el estudio sistémico, así como una adecuada selección del tratamiento médico y quirúrgico para su correcta resolución.

CPCC017

SÍNDROME DE COGAN, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Juan R. del TRIGO ZAMORA, Juan M. GONZÁLEZ LOZANO, Mercedes GARCÍA VÁZQUEZ,
Laura LLERENA MANZORRO, Asunción ALFARO JUÁREZ, M.^a de la Paz GALVÁN CARRASCO

Introducción: El síndrome de Cogan es una enfermedad poco frecuente, asociada clásicamente a queratitis intersticial y síntomas audiovestibulares. Si estos síntomas aparecen con un intervalo de tiempo inferior a dos años podemos hablar de Sd Cogan "típico".

Casos Clínicos: Caso 1: Mujer de 40 años con historia de 18 meses con episodios de ojo rojo doloroso bilateral, asociado posteriormente a hipoacusia progresiva. En examen oftalmológico se encontró agudeza visual máxima corregida (AVMC) en ojo derecho (OD) de 0,9 y de 0,6 en ojo izquierdo (OI). Opacidad corneal por depósitos intersticiales bilateral sin compromiso de eje óptico. Fue diagnosticado de síndrome de Cogan típico y tratado con corticoides, metotrexato y finalmente con tocilizumab. Actualmente asintomática con AVMC en OD de 1 y 0.8 en OI.

Caso 2: Mujer de 58 años que consultó en nuestro servicio por dolor y disminución de la agudeza visual bilateral (AVMC en OD 0.32 y en OI 0.4). Presentaba una degeneración cálcica en anillo con insuficiencia limbar a la biomicroscopía. A los 13 meses del seguimiento, debuta con hipoacusia bilateral.

Tras valoración conjunta con Reumatología y Otorrinolaringología se considera el diagnóstico de Sd. Cogan típico, tratándose con prednisona oral y metotrexato. Se consigue una mejora mantenida en la agudeza visual con AVMC en OD de 0.8 y en OI de 0.8, evitando de momento cualquier tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: El síndrome de Cogan es una entidad rara que se debe tener en cuenta en pacientes jóvenes con hipoacusia brusca o progresiva ya que el retraso en su detección agrava el pronóstico funcional. Los glucocorticoides son la base del tratamiento. El uso de terapias inmunosupresoras como metotrexate y fármacos biológicos como tocilizumab deben considerarse en pacientes que requieren dosis de glucocorticoides muy altas o que no consiguen el control de los síntomas.

CPCC018

RETINOPATÍA TÓXICA POR VIGABATRINA

Mirian ARA GABARRE, José L. LALIENA SANTAMARIA

Introducción: La Vigabatrina es un fármaco antiepiléptico agonista gabaérgico. Su mecanismo de acción es aumentar los niveles cerebrales de GABA, el cual actúa como neurotransmisor inhibitorio. Dicho fármaco se acumula en la retina provocando un aumento de las concentraciones de GABA, superiores incluso a las del cerebro. Característicamente produce una reducción concéntrica del campo visual periférico por afectación de la retina en el 30-50% de los enfermos tratados, siendo severa e irreversible en 1/3 de los casos.

Caso clínico: Mujer de 43 años que acudió a consulta por referir disminución de agudeza visual en ambos ojos (AO) de 2 meses de evolución. Había estado en tratamiento durante años con Vigabatrina por una epilepsia focal (temporal izquierda) refractaria a otros tratamientos. Destacaba en la oftalmoscopia una marcada palidez papilar bilateral. La tomografía de coherencia óptica (OCT) evidenció un adelgazamiento severo de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) bilateral, con respecto de los cuadrantes temporales y la perimetría 30-2 presentó una reducción campimétrica concéntrica en el ojo derecho y escotoma nasal en ojo izquierdo. Los potenciales evocados visuales flash mostraron una pérdida de amplitud de la onda b (concordante a una disfunción de las capas externas de la retina). Tras el diagnóstico diferencial, se estableció el diagnóstico de retinotoxicidad por Vigabatrina. La paciente fue remitida al servicio de neurología para suspender el tratamiento.

Conclusiones: Las indicaciones de la Vigabatrina son limitadas, debido a su potencial efecto secundario severo e irreversible de constricción del campo visual periférico, con característica disminución del espesor de la CFNR con respecto de cuadrantes temporales. Por ello, todo paciente en tratamiento con Vigabatrina debe seguir un control oftalmológico periódico. Aunque no hay consenso en cuanto a la estrategia de screening, la campimetría y la OCT parecen ser tests diagnósticos sensibles.

CPCC019

MIDRIASIS BILATERAL ARREACTIVA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR ALCALOIDES DE LA PLANTA LUPINUS MUTABILIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos CÓLLIGA JIMÉNEZ, M.^a Pilar ROJAS LOZANO, Azucena BAEZA AUTILLO, Macarena PASCUAL GONZÁLEZ, Blanca GARCÍA-VALCÁRCEL GONZÁLEZ

Introducción: Visión borrosa y diplopía a estudio en varón de 47 años.

Caso clínico: Varón de 47 años natural de Ecuador acude por diplopía y visión borrosa desde hace 5 horas. Su único antecedente es hiperlipemia en tratamiento con fenofibrato y simvastatina. En la valoración inicial por Medicina Interna las constantes son normales así como la exploración neurológica. En nuestra exploración se objetiva midriasis bilateral arreactiva. La agudeza visual era de 0.2 (ambliopía) en OD y 1 en OI. La biomicroscopía reveló un pterigium nasal bilateral y esclerosis incipiente de cristalino. En el fondo de ojo se objetiva alteración del epitelio pigmentario macular en ojo derecho y papila oblicua con atrofia. El paciente niega haber consumido tóxicos o fármacos. Sí afirma haber consumido 100 mL de agua de cocción de altramuces típicos de su país como remedio casero para la hiperlipidemia. Se han reportado en la literatura casos similares debido a consumo de altramuces del género *Lupinus mutabilis*. Se diagnostica como cuadro anticolinérgico secundario a intoxicación por alcaloides de dicha planta y se contacta con Instituto de Toxicología donde nos insisten en la necesidad de monitorización cardíaca, renal y neurológica atendiendo a posibles fluctuaciones del nivel de conciencia. El paciente es valorado por Servicio de Anestesia y Reanimación. El ECG basal muestra un ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. En la analítica se objetiva aumento de creatin kinasa 737 U/l (39-308) y aumento del tiempo de tromboplastina parcial activada 40.5 s. (27-38). Se instauran hidratación y control sintomático. Los síntomas remiten y el paciente es dado de alta tras 24 horas.

Conclusiones: El consumo de remedios caseros no está exento de riesgos ya que en ocasiones poseen efectos farmacológicos impredecibles. En el caso que nos ocupa una correcta anamnesis por parte del oftalmólogo fue crucial para el desenmascaramiento de un cuadro anticolinérgico potencialmente grave.

CPCC020

SÍNDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA EN NUESTRO MEDIO: ¿LA HEMOS OLVIDADO COMO OFTALMÓLOGOS DEL SIGLO XXI?

M.^a del Rocío GIL RUIZ, M^a Nieves PARDIÑAS BARÓN, Óscar RUIZ MORENO, José M. LARROSA PÓVES, Luis PABLO JÚLVEZ

Introducción: La rubeola es una enfermedad de declaración obligatoria y su vacuna fue incluida en nuestro calendario vacunal en 1981. Desde 2010 se han detectado brotes epidémicos que alarman a la población. Se siguen notificando casos de síndrome de rubeola congénita en España, con malformaciones graves o incluso muerte fetal.

Caso clínico: Mujer de 50 años que acude a revisión oftalmológica rutinaria. Como antecedentes presenta una hipoacusia neurosensorial profunda asociada a que su madre sufrió rubeola durante la gestación. En la exploración presenta una agudeza visual de 0,8 y 0,7. No alteraciones de la motilidad ocular intrínseca ni extrínseca. En la biomicroscopía se observan cataratas congénitas suturales. En el fondo de ojo presenta fibras de mielina peripapilares y retinopatía en sal y pimienta en ambos ojos junto con una afectación de la distribución del pigmento macular en ojo izquierdo. La campimetría no mostraba alteraciones. La tomografía de coherencia óptica macular confirmaba un adelgazamiento macular de ambos ojos junto con una disrupción de la capa de fotorreceptores subfoveolar en ojo izquierdo. La presencia de cataratas congénitas y retinopatía en sal y pimienta junto con hipoacusia neurosensorial en un paciente cuya madre sufrió rubeola durante el embarazo hace probable el diagnóstico de síndrome de rubeola congénita dado que en 1967 no se realizaron pruebas de laboratorio detectando inmunoglobulina G y M frente a rubeola, necesarias para la confirmación del caso.

Conclusiones: La migración de poblaciones procedentes de comunidades no vacunadas y los estilos de vida contrarios a la vacunación han vuelto a poner en el punto de mira a la rubeola. Su triada clásica con malformaciones oculares (catarata, retinopatía y glaucoma), sordera y anomalías cardíacas, es difícil verla en la actualidad. Pero en 2013 se notificó un caso de síndrome de rubeola congénita en Castilla La Mancha. Por ello, hemos de tenerla presente como oftalmólogos del siglo XXI.

CPCC021

METÁSTASIS EN CUERPO CILIAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA BRONCOPULMONAR

Raquel A. GÓNGORA RODRÍGUEZ, Johanna I. VARGAS SÁNCHEZ, Luis E. PÉREZ GONZÁLEZ, Antonio CABALLERO POSADAS

Introducción: El cáncer de pulmón presenta metástasis oculares en un 0,2% - 7% de los casos, según estudios clínicos, y en un 6% - 7% en estudios post - mortem, siendo la coroides la zona más frecuente (88%) seguida de iris (10%) y cuerpo ciliar (2%). De los pacientes que presentan metástasis uveales un 44% no tenían un diagnóstico conocido de cáncer pulmonar.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 46 años que acudió por urgencias por disminución de agudeza visual y ojo rojo izquierdo de un mes de evolución. Su agudeza visual era de 0.2, a la exploración presentaba inyección ciliar periquerática, cornea transparente, pupila arreactiva y ovalada e iris abombado a las IX horas con una tumoración blanquecina y vascularizada en esa zona. En el fondo de ojo se objetivó turbidez vítrea, papila y mácula de apariencia normal y retina a plano. Se realizó una ecografía ocular que evidenció la presencia de una masa en cuerpo ciliar. El paciente fue sometido a estudios de extensión que revelaron la presencia de tumoraciones hepáticas y en lóbulo superior derecho de pulmón, que tras el análisis anatómico patológico se diagnosticó de un adenocarcinoma broncopulmonar en estadio IV con metástasis hepáticas y en cuerpo ciliar. Su evolución se complicó con un síndrome de vena cava superior que fue tratado con radioterapia paliativa. Se inició tratamiento con quimioterapia sistémica alcanzándose como mejor respuesta enfermedad estable. Tras el tratamiento, la masa ocular disminuyó levemente de tamaño, pero la agudeza visual se mantuvo en 0.2.

Conclusiones: La presencia de una metástasis en cuerpo ciliar como primera manifestación de un carcinoma broncopulmonar es un hecho muy raro que además confiere un mal pronóstico, con una supervivencia media de 6-14 meses. El screening sistémico de pacientes asintomáticos con cáncer de pulmón no contribuye a mejorar la supervivencia, pero una revisión oftálmica en pacientes con sintomatología es recomendada.

CPCC022

ECTROPION CONGÉNITO DE IRIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan F. MARTÍNEZ JEREZ, Jose M.^a ORTEGA MOLINA, Ana M.^a SOLANS PÉREZ DE LARRAYA, Carlos ROMERO NOGUERA, Javier AURIGUIBERRY GONZÁLEZ

Introducción: El ectropion congénito de iris es una anomalía rara, habitualmente unilateral, en la que se produce un ectropion congénito no progresivo del epitelio pigmentario posterior del iris sobre su superficie anterior. El tejido hiperplásico crece alrededor del borde pupilar formando un anillo concéntrico hiperpigmentado con alguna proyección sobre el iris. Puede acompañarse de hipoplasia del iris, inserción alta del iris y glaucoma. La pupila reacciona a la luz pero de forma menos intensa que en el ojo no afecto. Las asociaciones sistémicas que deben ser excluidas son la neurofibromatosis tipo I y el síndrome de Prader Willi. Cuando presenta glaucoma asociado suele ser de difícil manejo con terapia médica y es necesaria una trabeculectomía con iridectomía sectorial

Caso clínico: Recibimos en consulta a un hombre de 36 años derivado de neurología al encontrarle una lesión pigmentada en el iris durante un examen pupilar. El paciente presenta una agudeza visual de la unidad en ambos ojos, ambas pupilas son reactivas aunque la izquierda contrae de forma más lenta. En la exploración en la lámpara de hendidura del ojo izquierdo, se observa una lesión pigmentada alrededor del esfínter pupilar con proyecciones hacia la zona nasal. Se trata de una lesión plana y con bordes bien definidos, sin nódulos ni vasos y una coloración uniforme. El ojo derecho no presenta alteraciones. La presión intraocular es de 16 mmHg en el ojo derecho y 19 mmHg en el ojo izquierdo. Al no presentar signos de alarma se realiza un estudio iconográfico y se inicia un seguimiento en consulta sin tratamiento alguno.

Conclusiones: Todas las lesiones pigmentadas en iris deben ser estudiadas y revisadas periódicamente para descartar progresión maligna. En nuestro caso después del diagnóstico diferencial, llegamos al diagnóstico de ectropion del epitelio pigmentario del iris, y dado que no hay alteración en la presión intraocular no se pone tratamiento hipotensor e iniciamos seguimiento iconográfico.

CPCC023

DESPIGMENTACIÓN COMPLETA DEL PELO DE LA CABEZA, BARBA, CEJAS Y PESTAÑAS INDUCIDA POR SUNITINIB

Teresa MARTÍNEZ RINCÓN, María ROMERO SANZ, Nelson A. RODRÍGUEZ MARCO, Carlos ISANTA OTAL, Sonia S. FERNÁNDEZ LARRIPA

Introducción: El malato de Sunitinib, un inhibidor oral multidiana de la quinasa (MKI), ha demostrado ser beneficioso en pacientes con cáncer de células renales (RCC) avanzado, tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y tumores neuroendocrinos pancreáticos metastásicos bien diferenciados (pNET). Este fármaco inhibe de forma específica varios receptores de la tirosina quinasa.

Caso clínico: Varón de 27 años que padece la enfermedad de von Hippel-Lindau. A los 17 años tuvo angioma retiniano en el ojo izquierdo y un hemangioblastoma cerebeloso. A los 27 años se le diagnosticó un tumor neuroendocrino bien diferenciado con metástasis hepáticas y un carcinoma renal sincrónico en su riñón izquierdo. Después de realizarle una nefrectomía radical, se inició una pauta de administración diaria de 37,5 mg de sunitinib. Tres meses después de iniciar la terapia el paciente sufrió despigmentación de la piel. De la misma forma, el pelo de la cabeza, barba, cejas y pestañas creció cada vez más decolorado.

Conclusiones: Este caso es la primera descripción de la despigmentación completa del pelo de la cabeza, barba, cejas y pestañas al mismo tiempo inducido por Sunitinib.

CPCC024

MASA COROIDEA Y CONJUNTIVAL EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Rosa M.^a MONTORO MORENO, Carmen GÓMEZ HUERTAS

Introducción: La afectación ocular es más frecuente en las leucemias agudas. Puede afectarse cualquier estructura ocular por infiltración leucémica o por cambios secundarios como anemia, trombocitopenia, hiperviscosidad e infecciones oportunistas. Entre las manifestaciones por infiltración encontramos la infiltración coroidea y conjuntival.

Caso clínico: Paciente de 67 años diagnosticado de leucemia aguda monocítica en tratamiento con quimioterapia que refiere disminución de la visión en ojo izquierdo (OI) de dos días de evolución.

En la exploración se evidenció una agudeza visual en ojo derecho (OD) de 0.6 y en OI de cuenta dedos. En la biomicroscopía del polo anterior del OI se apreció una lesión en placa de color salmón en conjuntiva bulbar adyacente a limbo y sobreelevada de 10 a 12 horas. En el fondo de ojo del OI se encontró un desprendimiento de retina exudativo en el polo posterior. La exploración del OD fue normal.

En la tomografía de coherencia óptica se objetivó un desprendimiento del neuroepitelio con una imagen sugerente de masa coroidea subyacente. Por estudio ecográfico y por resonancia se confirmó el desprendimiento exudativo y la masa coroidea en OI.

Se planteó una escisión y biopsia del tumor conjuntival una vez que el paciente se encontrase estabilizado sistémicamente tras la quimioterapia. En el transcurso de su ingreso en Hematología el paciente empeoró desarrollando un insuficiencia respiratoria aguda y falleció sin ser posible la realización de la biopsia para el estudio anatomopatológico de la lesión conjuntival que confirmase el diagnóstico.

Conclusiones: Ante la presencia de síntomas oculares en un paciente con leucemia se debe realizar una exploración exhaustiva y una biopsia de las lesiones encontradas para tomar decisiones clínicas que logren aumentar el pronóstico vital del paciente. El papel del oftalmólogo es importante para detectar la presencia, recaída o la progresión de una leucemia aguda en pacientes con afectación ocular.

CPCC025

HEMANGIOMA COROIDEO CIRCUNSCRITO: ESTUDIO DE CUATRO CASOS

Antonio MORUNO RODRÍGUEZ, Fredy MOLINA SOCOLA, Trinidad RUEDA RUEDA, Antonio MEDINA TAPIA, Ana MUÑOZ MORALES, Fernando LÓPEZ HERRERO

Introducción: Los hemangiomas coroideos circunscritos son tumores vasculares hamartomatosos de tipo benigno, que se presentan no asociados a manifestaciones sistémicas. Suelen aparecer en polo posterior como una elevación ovalada subretiniana, anaranjada y bien delimitada. Aunque pueden ser asintomáticos, la clínica que provocan se debe a afectación macular por edema macular quístico, retinosquisis, alteración de fotorreceptores suprayacentes, fibrosis subretiniana, trastornos pigmentarios o desprendimientos serosos. En este último caso pueden ser confundidos con una coroidopatía serosa central. Metástasis y melanoma coroideos completan el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Presentamos cuatro casos clínicos de hemangioma coroideo circunscrito (HCC), tres de los cuales se presentaron con desprendimiento seroso macular, siendo diagnosticados erróneamente de coroidopatía serosa central. Describimos las características funduscópicas, ecográficas, angiográficas, tomográficas, en el modo swept-source de la tomografía de coherencia óptica, y angiotomográficas de estos casos y las diferencias con respecto a otras entidades. Tres pacientes fueron observados, mientras que uno fue tratado mediante láser.

Conclusiones: El examen detenido del fondo de ojo y la realización de ecografía, angiografía y tomografía de coherencia óptica, permiten realizar el diagnóstico de un hemangioma coroideo con poco margen de error. La introducción de nuevas técnicas de imagen como la angiotomografía y el modo swept-source de la tomografía de coherencia óptica constituyen un nuevo avance en el diagnóstico de estos tumores, lo que es fundamental a la hora de indicar un pronóstico al enfermo y de implementar un tratamiento adecuado.

CPCC026

COMPLICACIONES POST CIRUGÍA DE CATARATA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

Quentin PARDILLOS, M^a Sol GUILLOTO CABALLERO, Pablo J. ESPINA JIMÉNEZ

Introducción: La afectación ocular en el síndrome de EICH se considera un marcador de enfermedad severa y de mal pronóstico. La queratoconjuntivitis seca es la complicación más frecuente de la fase crónica, así como la aparición de cataratas y suele ser secundaria a tratamiento sistémico. El manejo postquirúrgico de esos pacientes suele ser complejo tal y como muestra nuestro caso.

Caso clínico: Paciente varón de 65 años con leucemia mielomonocítica crónica, tratado con trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. A los pocos días, se le manifestó con afectación cutánea, el EICH agudo estadio III, al año, el paciente refiere un cuadro de sequedad ocular en ambos ojos (AO) además de disminución de la agudeza visual.

A la exploración, se objetiva AV de 0,2 en AO, queratitis filamentosa intensa y opacidad cortico-nuclear del cristalino. La exploración fundoscópica fue normal y el test de Shimer fue positivo en AO. Se confirma el síndrome de EICH ocular según los criterios diagnósticos y se empieza tratamiento de protocolo.

Al año de seguimiento y tras estabilización de la superficie ocular se decide intervención de catarata OI. Se realiza facoemulsificación e implante de LIO, con postoperatorio sin complicaciones significativas. A las dos semanas presenta una desepitelización circular central y empeoramiento de la queratitis filamentosa.

A pesar del tratamiento máximo la evolución fue tórpida, con defecto epitelial central persistente, así que se decide injerto de membrana amniótica.

Conclusiones: Los pacientes con ojo seco deben conocer la mayor frecuencia de complicaciones postquirúrgicas y cumplir con su tratamiento en el postoperatorio. Existen casos de perforaciones corneales paracentrales estériles postcirugía de catarata en esos pacientes, para prevenirla, la enfermedad sistémica debe estar controlada y es importante la intensa lubricación corneal pre y posquirúrgica, para evitar desepitelizaciones que puedan conducir a perforación.

CPCC027

RETINOPATIA EN TORPEDO. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

Lucía RIAL ÁLVAREZ, Luis C. GARCÍA GARCÍA, Sebastian YALUFF PORTILLA, Albino RIAL CORTIZO, Javier PLACERES DABAN, Eva M.^a SALINAS MARTÍNEZ

Ante el hallazgo casual de un signo, es importante hacer un diagnóstico diferencial con el fin de no realizar pruebas complementarias ni comenzar tratamientos innecesarios.

Caso clínico: Varón de 11 años que acude por traumatismo ocular con una pelota de papel en ojo derecho (OD) tras el cual refiere pérdida de agudeza visual (AV). La AV es 0.63 en OD y 1.0 en ojo izquierdo (OI). La presión intraocular es 14/16mmHg. En la biomicroscopía se objetiva un hipema grado 1. El fondo de ojo muestra una lesión hipopigmentada temporal a la fóvea. Una OCT muestra un engrosamiento del epitelio pigmentario (EPR) yuxtafoveal en zona temporal. Se diagnostica de hipema postraumático y maculopatía en OD, que por las características orienta a maculopatía en torpedo. Se trató el hipema con reposo y corticoides y ciclopléjico tópicos, manteniéndose una actitud expectante con la lesión macular. La AV final en OD es 1.0.

Conclusiones: La retinopatía en torpedo es una anomalía congénita del epitelio pigmentario de la retina que da lugar a lesiones hipopigmentadas temporales a la fóvea, que provocan la aparición de un escotoma en el campo visual sin repercusión sobre la AV. En la mayoría de casos es un hallazgo casual y no precisa tratamiento.

CPCC028

SÍNDROME DE SUDECK Y FOTOFOBIA

Carlos ROCHA DE LOSSADA, Antonio J. ARCHILLA MANZANO

Introducción: El síndrome de Sudeck o distrofia simpática refleja es un trastorno neuropático/inflamatorio del dolor caracterizado por: 1. Dolor severo que se extiende más allá del área lesionada y desproporcionado al evento inicial. 2. Desregulación autonómica 3. Edema - generalmente de naturaleza neuropática 4. Trastornos del movimiento 5. Atrofia y / o distrofia. Inicialmente los síntomas se localizan en el lugar de la lesión, pero si no se tratan, pueden hacerse generalizados y afectar a diferentes partes del cuerpo provocando entre otros síntomas fotofobia.

Caso clínico: Paciente de 14 años diagnosticado de Sudeck a raíz de un traumatismo en el pie. Remitido a nuestro servicio de oftalmología infantil desde reumatología por mala agudeza visual, en seguimiento también por rehabilitación y por unidad del dolor.

En la exploración presenta una agudeza visual de 0.6 en ambos ojos (refracción OD: +0.50 y OI: +0.50) tanto al cerca como al lejos. Prueba TNO con máxima estereopsis, pupilas normorreactivas a la luz y a la acomodación. A la BMC presenta una exploración normal y el examen del fondo del ojo es normal, sin embargo la exploración es muy dificultosa por la gran fotofobia que presenta el paciente. Ante los antecedentes de pérdida de visión inexplicable se solicitan nuevas pruebas diagnósticas y se interconsulta con Neurología: CV fiable con cuadrantanopsia nasal superior y disminución de sensibilidad en cuadrantes temporales e inferior. OCT EFNR y macular de ambos ojos compatibles con la normalidad, PEV y ERG dentro de la normalidad, RMN cerebral normal y neurología no encuentra ningún hallazgo patológico.

Conclusiones: El síndrome de Sudeck es una enfermedad, donde se produce una respuesta exagerada al dolor y que altera mucho la calidad de vida del paciente llegando a generar problemas psicológicos. Es crucial el diagnóstico y tratamiento precoz ya que puede extenderse al resto del cuerpo y como en nuestro caso generar fotofobia con disminución visual.

CPCC029

SÍNDROME DE WYBURN-MASON: CUANDO UN HALLAZGO CASUAL PUEDE SER VITAL

Carlos RODRÍGUEZ BALSERA, Carmen BURGUEÑO MONTAÑÉS, Javier GALINDO BOCERO, María FERNÁNDEZ GARCÍA

Introducción: El hemangioma racemoso de la retina es una entidad muy infrecuente caracterizada por un grupo de comunicaciones arterio-venosas anómalas.

Caso clínico: Hombre de 21 años, con diagnóstico de hipermetropía en ojo derecho (OD), que acudió a clínica privada para valoración de cirugía refractiva en dicho ojo. Presentó una mejor agudeza visual corregida de 7/10 en OD y 10/10 en ojo izquierdo (OI).

En la biomicroscopía llamaron la atención las dilataciones vasculares esclerales y palpebrales de ese lado. La fundoscopia mostró un aneurisma racemoso que ocupaba toda la extensión papilar y gran parte del fondo, respetando una porción macular. El OI fue normal.

En nuestro centro realizó una campimetría con un defecto arciforme, fundamentalmente del hemicampo temporal. Se solicitó una resonancia magnética cerebral y una arteriografía, vislumbrándose 3 malformaciones arteriovenosas (MAV): una en torno a nervio óptico, otra retrosupraquiasmática, afectando a cintilla óptica y otra talámica posterior, todas en lado derecho. El paciente no había presentado más sintomatología que la visual.

Radiocirugía desestimó la embolización de las MAV realizándose terapia con gamma knife únicamente en la que afectaba al tálamo por ser la que mayor probabilidad de sangrado tenía y por no poseer adherencias al tejido óptico que tendría una repercusión evidente en la agudeza visual debido a la radiación. Pocos meses después el paciente sufrió una hemiplejía izquierda debido a un sangrado central de una de sus malformaciones, con recuperación parcial.

Conclusiones: El hemangioma racemoso es una patología congénita, estable en el tiempo y generalmente unilateral. Hablamos de síndrome de Wyburn-Mason si existe afectación del cerebro medio y de la retina ipsilateral. El conocimiento de esta relación tiene una importancia capital en el diagnóstico precoz y en el potencial tratamiento de las alteraciones del sistema nervioso central que pueden amenazar la vida del paciente.

CPCC030

DACRIOADENITIS POR ESTAFILOCOCO ÁUREO METICILÍN RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD

Carmen ALBA LINERO, Teresa M.^a LUPIÓN DURÁN, M.^a Cristina MARTÍNEZ DE VELASCO SANTOS

Introducción: El estafilococo áureo es una bacteria gram positiva ampliamente distribuida en todo el mundo. Un tercio de la población es portadora, colonizando piel y mucosas, principal diana de su patogenicidad. Las cepas más frecuentes son resistentes a penicilinas y con el paso de los años se ha ido desarrollando la resistencia a meticilina y vancomicina en el ámbito hospitalario.

Caso clínico: Varón de 18 años sin antecedentes de interés derivado por conjuntivitis en ojo derecho (OD) que no mejora con Tobramicina tópica.

A la exploración se observa una agudeza visual de unidad en ambos ojos. Pupilas normales. Ducciones de OD restringidas en todas las posiciones, quémosis profusa y masa indurada dolorosa a la palpación a nivel superotemporal. La resonancia magnética (RM) demostró celulitis orbitaria con infiltración muscular y de la glándula lagrimal derecha. Se pautó amoxicilina oral y Dexametasona y Moxifloxacino tópicos.

Evolución: Tras 3 días de tratamiento el paciente no mostró mejoría. Se tomó muestra de exudado de trayecto fistuloso que apareció en cuadrante superotemporal a nivel cutáneo. A los 5 días el cultivo fue positivo para estafilococo áureo resistente a meticilina. La pauta antibiótica se cambió a Linezolid oral y Vancomicina tópica. A la semana del tratamiento se resolvió el cuadro de celulitis orbitaria (imagen de RM) y la motilidad era normal. Se le realizó un frotis nasal demostrando que el paciente era portador de estafilococo áureo resistente a meticilina.

Conclusiones: El estafilococo áureo resistente a meticilina en un patógeno extremadamente raro fuera del medio hospitalario y en sujetos asintomáticos. Es necesario hacer cultivo de cualquier muestra infecciosa obtenida para realizar un tratamiento específico e individualizado. Las resistencias microbianas están cambiando de forma continua debido al uso masivo de antibióticos y constituye un reto terapéutico al que nos debemos enfrentar.

CPCC031

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO CANALICULAR SUPERIOR

Maddi ALONSO AGESTA, Marta LÓPEZ FORTUNY

Caso clínico: Mujer de 85 años remitida por epífora y secreción purulenta en ojo izquierdo de dos meses de evolución, se observa un punto lagrimal superior eritematoso, dilatado, y masa blanda por encima del canalículo y del tendón cantal medial asociado a tumefacción del saco lagrimal. Ante la sospecha clínica de canaliculítis superior asociada a dacriocistitis aguda se pauta antibioterapia tópica y sistémica. Dada la evolución tórpida, al mes y medio de tratamiento se realiza un curetaje combinado con canaliculotomía lagrimal superior. Intraoperatoriamente se observa una masa blanco-amarillenta en la luz del canalículo, macroscópicamente poco sugestiva de canaliculítis infecciosa tomándose muestra para cultivo microbiológico y biopsia. Se determina una proliferación fibrohistocitaria con infiltrado linfoplasmocitario polimorfo y un cultivo negativo.

Se realiza tratamiento quirúrgico excisional de la lesión y una dacriocistorrinostomía vía externa. El estudio histológico concluye con la presencia de proliferación fibrohistocitaria con infiltrado inflamatorio mixto, inmunohistoquímica para cadenas ligeras Kappa y Lambda positivo, sin necrosis compatible con un pseudotumor inflamatorio (IgG4 negativo) canalicular. En el postoperatorio se pauta tratamiento cortisónico tópico y endonasal, y cursó con mejoría clínica y sintomática de la paciente.

Discusión: El pseudotumor inflamatorio o Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI) es un proceso inflamatorio benigno sin evidencia de enfermedad local o sistémica pudiendo afectar a cualquier componente de las partes blandas de la órbita, presentamos un caso clínico de localización poco frecuente. El tratamiento habitual suele ser cortisónico sistémico en esta enfermedad cuando afecta a las estructuras de la órbita, sin embargo, dada las características atípicas en la localización del caso que se presenta, la excisión completa y el uso de cortisona tópica en el postoperatorio fueron suficientes para resolver el cuadro.

CPCC032

PILOMATRIXOMA DE COLA DE LA CEJA

Roberto ANAYA ALAMINOS, Alejandro SERNA GÓMEZ, Juan M. RIVAS REYNOSO, Hugo TAPIA QUIJADA

Introducción: El pilomatrixoma es una entidad poco frecuente, representando menos del 1 % del total de tumores cutáneos benignos. Puede afectar a la mayoría de folículos pilosos, aunque posee predilección por los de cabeza y cuello. Cuando debuta a nivel periocular, sólo el 18 % de los casos lo hace en la ceja. Se cree que puede originarse por una disregulación de los mecanismos que median la apoptosis. Tiende a ser infradiagnosticado debido a su similitud con otros procesos.

Caso clínico: Paciente varón de 29 años de edad remitido por lesión exofítica e indolora de rápido crecimiento en el tercio distal de la ceja derecha. A la exploración macroscópica se apreció una lesión indurada y no adherida a planos profundos, de aproximadamente 15 x 15 mm de tamaño, piel suprayacente levemente eritematosa y sin variación en sus dimensiones tras la maniobra de Valsalva. El paciente refirió antecedente de sangrado perilesional espontáneo, motivo por el que se solicitó estudio de imagen, apreciando una lesión bien delimitada y no infiltrante, con ausencia de pedículos vasculares. Se decidió abordaje a través de pliegue palpebral, realizando exéresis completa de la lesión tras disección roma de la misma. El estudio histopatológico describió la presencia de células basófilas de tinción oscura, carentes de núcleo junto a depósitos de queratina y calcio, todos ellos propios del pilomatrixoma. La evolución post-operatoria cursó sin alteraciones, descartando recidiva durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones: El pilomatrixoma es una patología poco común de la región periocular. Presenta características macroscópicas poco específicas y similares a otras entidades (quistes epidérmicos y dermoides, lesiones vasculares, etc.), lo que conlleva una confusión frecuente con las mismas. En nuestro caso, el antecedente de sangrado espontáneo referido por el paciente, hizo preciso descartar un componente vascular previo al abordaje quirúrgico.

CPCC033

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL ECTROPION DEL PÁRPADO SUPERIOR SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO NI QUIRÚRGICO

Diego CASTANERA GRATACÓS, Valentín HUERVA ESCANILLA, Cristina PONT VIVES, Sandra MARTÍNEZ SOMOLINOS

Introducción: presentamos el caso de un paciente de 75 años con ectropion irreductible no traumático del párpado superior izquierdo de dos años de evolución sin antecedente quirúrgico asociado a ectropion del párpado inferior izquierdo.

Técnica quirúrgica: durante la intervención realizamos la reinserción del músculo elevador del párpado por vía interna asociada a la resección en cuña de 15mm de tejido palpebral de posición temporal para la corrección del párpado superior izquierdo. Asociamos una cantoplastia lateral para la corrección del ectropion del párpado inferior izquierdo sin necesidad de la reinserción del músculo retractor del párpado.

Conclusiones: ante la presencia de un ectropion de párpado superior consideramos una opción viable como tratamiento quirúrgico la reinserción del músculo elevador del párpado asociando una resección de una cuña de 15mm de tejido palpebral ya que a los 10 días, al mes y al año persiste la correcta posición palpebral.

CPCC034

CELULITIS PRESEPTAL: HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Fernando CEVALLOS DROGUETT, Paula HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Encarnación MATEOS SÁNCHEZ, Ana Rosa ALBANDEA JIMÉNEZ

Introducción: Destacar la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial ante una celulitis preseptal en la infancia y resumir las características más relevantes de la Histiocitosis de células de Langerhans (HCL)

Caso clínico: Se trata de un varón de 4 años remitido por celulitis preseptal desde hacía un mes. Comenzó con un proceso inflamatorio compatible con orzuelo en párpado superior derecho, sin afectación de la motilidad ocular extrínseca y con buen estado general, que no mejoró a pesar de tratamiento antibiótico oral e intravenoso. En la Tomografía Computerizada se observaba imagen compatible con absceso de 25x22x21mm de localización extraconal, con destrucción ósea del techo orbitario y componente intracraneal de 12x5mm. Se realizó abordaje de la lesión mediante orbitotomía anterior por surco palpebral, y el diagnóstico final fue una HCL, con resolución del cuadro inflamatorio y posterior ingreso para tratamiento quimioterápico

Conclusiones: La sospecha inicial, por la presentación clínica y epidemiología, era de un posible absceso secundario a rotura de un quiste dermoide dado el buen estado general y la prevalencia del mismo en este grupo de edad. Sin embargo, tras el estudio anatomopatológico, el juicio clínico final fue de HCL. La HCL se caracteriza por una proliferación clonal de células dendríticas que puede afectar a distintos órganos y sistemas, más frecuentemente a hueso y piel. Presenta una incidencia desconocida, siendo más frecuente en la infancia, especialmente entre el primer y cuarto año de vida. Es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoces, con el objetivo de suprimir la inflamación responsable del fallo multiorgánico. Es de vital importancia realizar pruebas de imagen ante una celulitis preseptal en niños. Y por supuesto la extirpación o drenaje de la lesión, intentando la resección o evacuación completa, realizando siempre un análisis anatomopatológico de la pieza para llegar a un correcto diagnóstico.

CPCC035

MELANOMAS PRIMARIOS DE DIFERENTE TIPO CLÍNICO-PATOLÓGICO EN CONJUNTIVA BULBAR Y PÁRPADO IPSILATERAL

M.^a Gabriela CRUZ GUTIÉRREZ, Mónica HIJÓS GASTÓN, Gustavo LEOZ MACÍAS, Núria VALDÉS SANZ, María ALARCÓN TOMÁS, Ángela M.^a CRUZ GUTIÉRREZ

Introducción: Los melanomas primarios independientes y de diferente tipo clínico-patológico en párpado y conjuntiva bulbar son infrecuentes y poco reportados en la literatura. Los melanomas conjuntivales son tumores altamente agresivos y con una tasa de recidiva elevada. Se presentan en la edad media de vida como un nódulo conjuntival pigmentado y vascularizado. En cuanto a los melanomas cutáneos en el párpado, suelen tener mejor pronóstico que los melanomas cutáneos de otra localización.

Caso Clínico: Hombre de 95 años, Con antecedente de ambliopía en ojo izquierdo (OI) y extirpación de melanoma nodular en párpado inferior OI y reconstrucción palpebral con colgajos bilaterales de traslación. Siete años más tarde, el paciente presenta un nódulo pigmentado vascularizado en conjuntiva bulbar nasal de 1,5 cm que se extiende a zona perilimbar superior e invade córnea, así como un nódulo amelánico en conjuntiva tarsal inferior de OI. La biopsia se informa como: melanoma in situ sin evidencia de infiltración. Su visión es 0.3/cuenta dedos en ojo derecho y OI respectivamente. El fondo de ojo normal. El estudio sistémico de extensión incluyendo hemograma, bioquímica, pruebas de función hepática, marcadores tumorales, tomografía cráneo-orbitaria, cervical y toracoabdominal fue negativo. Ante la ausencia de extensión y de infiltración ocular y orbitaria se realiza escisión del tumor con márgenes libres, crioterapia y recubrimiento del defecto con injerto de membrana amniótica asociado a tratamiento tópico con mitomicina C 0,04 por ciento.

Conclusiones: Dado el potencial beneficio de la detección temprana de los melanomas, es imprescindible un diagnóstico y tratamiento precoz así como un estricto seguimiento para detectar nuevos melanomas primarios o metástasis en región ocular y anejos oculares de manera parecida a los melanomas cutáneos múltiples.

CPCC036

GLUCOCORTICOIDES Y RESOLUCIÓN DE NEUROPATÍA ÓPTICA COMO MANIFESTACIÓN EN SÍNDROME DE SWEET RECURRENTE

Diana FUENTES VENTURA, Miguel A. ORDÓÑEZ LOZANO

El Sd. de Sweet (SS)- dermatosis neutrofílica es descrito como fiebre, leucocitosis, erupción de placas en piel con infiltrado de neutrófilos en la histopatología. Es una entidad con etiología desconocida en la mayoría de casos. Entre sus variantes, el compromiso orbitario recurrente es una presentación rara y poco documentada. En un 20% se puede identificar una neoplasia oculta dada su relación con síndromes paraneoplásicos que pueden preceder en años o solaparse a ellos.

Paciente varón de 73 años que acude a urgencias por dolor, edema y eritema en ojo derecho (OD) de 4 días de evolución asociado a disminución de agudeza visual (AV). Antecedentes: Ca. próstata tratado, Sd. SS diagnosticado hace 10 meses por anatomía patológica que precisó ingreso a UCI por mal estado general. A la exploración: Edema, eritema y dolor palpebral en OD. No lesiones en resto de piel. Oftalmoplejia, proptosis, conjuntiva hiperémica y quemosis. MAVC: OD: 0.7, OI: 1. Resto normal ambos ojos (AO). En la TAC al ingreso se evidencia edema de la vaina del nervio óptico OD y signos inflamatorios inespecíficos. Paciente es ingresado con sospecha de brote de SS, iniciando tratamiento con glucocorticoides (GC) vía oral y tópico oftálmico con mejoría a las 48 horas, MAVC: 1 AO. Se indica el alta con resonancia magnética a los 2 meses sin signos específicos. Se disminuyó el tratamiento progresivamente sin complicaciones y se realizó estudio de extensión con resultado negativo.

Nuestro paciente al no presentar lesiones en resto de piel se excluyeron otras alternativas diagnósticas, considerando el compromiso orbitario y de AV secundarios a una recurrencia de SS con riesgo de neuropatía óptica (NO) dado el edema de la vaina del nervio óptico y disminución de AV. Los GC son el tratamiento indicado de manera inmediata para conseguir la rápida resolución ante NO ópticas compresivas y necesario para evitar la pérdida de AV permanente. La excelente respuesta al tratamiento apoya nuestro diagnóstico.

CPCC037

MUCOCELE FRONTOETMOIDAL BILATERAL CON AFECTACIÓN OCULAR

Laura GÓMEZ LÓPEZ, Juan SOLDEVILLA CANTUESO, Javier GARRIDO MARTÍN, Juan C. LEÓN APARICIO

Introducción: El mucocele es una lesión quística benigna que se desarrolla en el interior de los senos perinasales por la obstrucción de su drenaje natural en el curso de los procesos inflamatorios, traumas y cirugías. Representan una de las mayores causas de problemas orbitarios en los adultos, y su crecimiento, puede comprimir el contenido orbitario y el globo ocular. Presentamos un caso de un paciente con un gran mucocele frontoetmoidal derecho que adelgaza y erosiona la lámina papirácea derecha y contacta y deforma el músculo recto medial.

Caso Clínico: Mujer de 60 años que acude a la consulta por dolor en ojo derecho sobre todo a los movimientos oculares y episodios de diplopía episódica nocturna. No presentaba signos o síntomas neurológicos ni refería ningún tipo de enfermedad. La agudeza visual en el momento de la exploración era de 1 en ambos ojos. Los exámenes tanto del segmento anterior como posterior del ojo eran normales. OCT de macula y CFNO normales. Se realiza Tac de órbita que muestra una gran masa de partes blandas frontoetmoidal derecha de características expansivas que adelgaza y erosiona la lámina papirácea derecha y que contacta y deforma el músculo recto medial de la órbita. También contacta con el globo ocular. Medialmente se extiende erosionando la base de la cresta galli. Existe otra masa de similares características en celdas etmoidales anteriores izquierdas.

Conclusiones: Los mucocelos son lesiones benignas de crecimiento por lo general lento. Los pacientes suelen acudir a consultar por cefaleas, proptosis y alteraciones en la motilidad ocular. Destacar la importancia de un diagnóstico precoz para evitar que el mucocele pueda alcanzar la órbita e incluso la cavidad craneal.

CPCC038

ENFISEMA ORBITARIO SECUNDARIO A DISPARO CON PISTOLA DE AIRE COMPRIMIDO

M.^a Sol GUILLOTO CABALLERO, Camelia IBNOULKHATIB, Ana CAMACHO LUNA, Javier LAVID DE LOS MOZOS

Introducción: El enfisema orbitario es la presencia de aire en la órbita debido, en la mayoría de los casos, al paso de aire desde las fosas nasales o senos paranasales al tejido subcutáneo por un mecanismo traumático que produce una fractura de las paredes orbitarias. Se presenta el caso de un enfisema orbitario secundario a disparo accidental con una pistola de aire comprimido, sin fractura de las paredes orbitarias y sin afectación de los senos paranasales ni de las fosas nasales.

Caso clínico: Varón de 30 años que acude a Urgencias tras recibir disparo en el ojo derecho con una pistola de aire comprimido.

A la exploración física destaca la presencia de edema palpebral derecho, con dolor a la palpación y crepitación de la región orbitaria derecha. A la exploración biomicroscópica del polo anterior se objetiva una laceración conjuntival temporal con quemosis, sin signos sugestivos de perforación ocular.

Se realiza una Tomografía Axial Computerizada (TAC) de órbita derecha urgente en la que se observa una neumo órbita con presencia de aire en los tejidos blandos palpebrales derechos e intraorbitarios, tanto extra como intraconal, así como un elemento de alta densidad sugestivo de cuerpo extraño adyacente a la porción externa del globo ocular manteniendo éste su integridad y sin evidencia de fractura de las paredes orbitarias.

El TAC craneoencefálico objetiva la presencia de un pequeño neumo encéfalo con presencia de aire en la silla turca, sin sangrado intra ni extraaxial ni efecto masa intracraneal.

Conclusiones: El enfisema orbitario secundario a lesiones producidas por aire comprimido con ausencia de fractura de la pared orbitaria, es una entidad muy rara y escasamente descrita en la literatura actual. Este caso clínico presentó muy buena evolución sin complicaciones con tratamiento conservador. No obstante, es importante establecer la sospecha diagnóstica, dada las posibles secuelas graves e irreversibles subsidiarias de un tratamiento evacuador urgente.

CPCC039

MELANOMA DE SACO LAGRIMAL

M.^a Caridad MARTÍNEZ HERGUETA, Belén SÁNCHEZ CAÑAL

Introducción: Los tumores de la glándula lagrimal son muy infrecuentes, presentando una incidencia de 0.072 por 100.000 personas al año. La mayoría son de origen primario y alrededor del 55% es de carácter maligno, siendo los melanomas menos del 5% de todos ellos. Son infradiagnosticados debido a su inicio insidioso o al debutar con clínica similar a un proceso inflamatorio.

Caso clínico: Mujer de 74 años que acude a la consulta de oftalmología por epifora y tumoración a nivel del saco lagrimal de ojo izquierdo.

Exploración general: adenopatía submaxilar izquierda.

Tras punción de aspiración con aguja fina en consulta se obtiene resultado compatible con carcinoma de alto grado, por lo que se solicita estudio de extensión sin observarse invasión orbitaria, ocular ni etmoidal.

Se indica cirugía de resección en bloque de saco y vía lagrimal completa hasta meato inferior con resección de adenopatía y glándula submaxilar ipsilateral.

La biopsia de la pieza confirma finalmente el diagnóstico de melanoma de saco por medio de la inmunohistoquímica, mostrando marcadores positivos de melanoma, HMB45, proteína S-100 y WT1.

Conclusiones: Los melanomas de glándulas mucosas suelen ser raros y mucho más agresivos que los melanomas oculares. Se cree que las células tumorales pueden derivar de melanocitos primitivos ectópicos originados en la cresta neural. Tienen un inicio insidioso y se manifiestan en muchas ocasiones como una dacriocistitis crónica, cursando con epifora, secreción sanguinolenta y dolor, y en la mayoría mostrarán una masa palpable en canto interno a los 6 meses de inicio de la epifora. Las adenopatías metastásicas son raras. El diagnóstico definitivo se confirma por la anatomía patológica. El melanoma mostrará inmunohistoquímica positiva para S-100 y HMB45. En cuanto al tratamiento, de elección se recomienda la resección amplia de todo el sistema lagrimal y como última opción la exenteración para casos de extensión orbitaria.

CPCC040

ULCERACIÓN CORNEAL POR ENFISEMA ORBITARIO Y SUBCONJUNTIVAL TRAUMÁTICO

María ROMERO SANZ, Teresa MARTÍNEZ RINCÓN, Nelson A. RODRÍGUEZ MARCO, Carlos ISANTA OTAL

Introducción: El enfisema orbitario es un trastorno que se asocia a cirugía dental u otorrinolaringológica, sinusitis o traumatismos cráneo-faciales que originan una fractura de las paredes orbitarias. Pese a que el enfisema orbitario es una lesión relativamente frecuente, el enfisema subconjuntival con quemosis impidiendo el correcto cierre palpebral es extremadamente raro. Presentamos un caso de enfisema mixto, orbitario y subconjuntival.

Caso Clínico: Varón de 44 años que acudió a urgencias tras sufrir un traumatismo en la región periorbitaria izquierda. La agudeza visual de su ojo izquierdo era de 8/10, la presión intraocular de 18 mmHg y los hallazgos del fondo de ojo eran compatibles con la normalidad. En lámpara de hendidura se observaba una intensa quemosis, burbujas de aire subconjuntivales y queratitis de exposición con ulceración corneal por imposibilidad de cerrar correctamente los párpados. En el TC se observaba fractura de pared etmoidal y enfisema orbitario que se extendía hasta el espacio subtarsal, sin atrapamiento muscular. Se realizó drenaje del aire subconjuntival con aguja estéril tras limpieza con povidona yodada con lo que se consiguió la resolución del cuadro en 48 horas.

Conclusiones: En las lesiones orbitarias traumáticas con un componente inflamatorio pero sin atrapamiento muscular o síndrome orbitario compartimental, podemos evitar tratamientos quirúrgicos como la descompresión orbitaria y aplicar un tratamiento conservador. En este caso el drenaje con aguja del enfisema fue suficiente para que el paciente recuperase la función palpebral. En el seguimiento de estos pacientes es importante evitar maniobras que impliquen aumento de presión nasal como sonarse, toser, estornudar, y maniobras de Valsalva.

CPCC041

CARCINOMA ECRINO PALPEBRAL CON EXTENSIÓN CONJUNTIVAL TRATADO DE MANERA PALIATIVA CON INTERFERÓN ALFA-2B

Javier A. SALINAS LÓPEZ, Marta RODRÍGUEZ PIÑERO, Noelia S. LÓPEZ GRAU, Ana M.^a CEAUSESCU, José J. MONDÉJAR GARCÍA

Introducción: Las neoplasias malignas de los anexos cutáneos con diferenciación ecrina constituyen un grupo heterogéneo de tumores con capacidad infiltrativa variable. Presentan dificultades diagnósticas clínicas como histopatológicas, requiriendo apoyo en la inmunohistoquímica. Usualmente el tratamiento involucra cirugía radical.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente mujer de 85 años remitida a nuestro servicio con una lesión en borde libre palpebral superior de ojo derecho de 2 años de evolución; catalogada como una blefaritis de características atípicas con gran componente inflamatorio, desestructuración anatómica e hiperemia conjuntival. Ante la morfología y curso de la lesión se decidió realizar biopsia de conjuntiva y palpebral de espesor completo con reconstrucción, informándose la anatomía patológica orientativa de carcinoma anexial cutáneo de tipo ecrino con infiltración conjuntival.

Se ofrece tratamiento paliativo con colirio de interferón alfa-2b, 1 millón de UI/ml, ante negativa de paciente para la cirugía radical. Se inicia tratamiento tópico 4 veces al día; 9 meses luego presenta gran mejoría objetiva y subjetiva, con estabilización aparente del proceso.

Conclusiones: Los carcinomas anexiales del párpado son entidades poco frecuentes, en general constituyen un grupo heterogéneo de aspecto clínico inespecífico, histológicamente suponen gran dificultad por el diagnóstico diferencial incluso entre ellos mismos. Son lesiones palpebrales de curso crónico e indolente, ya sea como placas o nódulos cutáneos irregulares, que se ulceran; requiriendo para el tratamiento una extirpación amplia con control de los márgenes histológicos. El interferón alfa-2b tópico puede suponer una alternativa paliativa en carcinomas ecrinos que se extienden a conjuntiva en pacientes seleccionados que por diversos motivos rechazaran un tratamiento quirúrgico más agresivo.

CPCC042

HEMORRAGIA PAPILAR EN PACIENTE CON DRUSAS DE NERVIO ÓPTICO

Clara BERROZPE VILLABONA, M.^a Cecilia GÓMEZ GUTIÉRREZ, Lorena CASTILLO CAMPILLO

Introducción: Las drusas de nervio óptico (DNO) se caracterizan por presentarse de forma bilateral en 2/3 de los casos y consisten en acumulaciones ricas en mucopolisacáridos y frecuentemente calcificadas. Su evolución es dinámica a lo largo de la vida, al principio estando enterradas (pasando en ocasiones inadvertidas) y a medida que crecen hacia la superficie se hacen visibles.

Caso clínico: Varón 16 años que acudió por miodesopsia en ojo derecho (OD) de reciente aparición. Fue valorado en Neuro-Oftalmología realizándose una exploración oftalmológica completa: agudeza visual (AV) 1,2 en ambos ojos (AO), presión intraocular (PIO) 12 mmHg y segmento anterior sin alteraciones. En fundoscopia se observaron DNO visibles en AO y en el OD imagen de hemorragia papilar. Test de Ishihara OD 18/20 y OI 17/20, campo visual (CV) que mostró defectos arciformes inferiores en AO y OCT de capas de fibras nerviosas de la retina que mostró atrofia papilar en AO más pronunciada en el OI.

Dada la presencia de hemorragia papilar en OD se realizó angiografía fluoresceínica, que permitió descartar la existencia de membrana neovascular (MNV) y de edema de papila.

Se realizaron controles periódicos monitorizando AV, Test de Ishihara, así como fundoscopia, OCT y CV, con mejoría progresiva de la hemorragia hasta la reabsorción. Actualmente el paciente se mantiene sin tratamiento antihipertensivo tópico y pendiente de control en 3 meses.

Conclusiones: Las DNO no son inocuas, pueden provocar episodios de pérdida visual transitoria, defectos campimétricos y otras complicaciones como hemorragias vítreas y MNV subretinianas y yuxtapapilares. Además, aunque la pérdida de visión central es infrecuente, puede presentarse por una neuropatía óptica isquémica o una pérdida axonal progresiva. Es importante realizar controles periódicos a los pacientes con DNO para poder hacer el diagnóstico y/o tratamiento de las posibles complicaciones que puedan derivarse de su patología.

CPCC043

SÍNDROME RENAL COLOBOMA FAMILIAR. HALLAZGO CASUAL TRAS EXPLORACIÓN RUTINARIA ESCOLAR

Pedro BUENO GARCÍA, Alberto LÓPEZ MASEGOSA, M.^a Victoria LEDESMA ALBARRÁN

Introducción: El síndrome papilo-renal es una rara enfermedad autosómica dominante caracterizada por una displasia bilateral de nervio óptico (Morning-glory, colobomas o fosetas) junto con una hipodisplasia renal. Presentamos dos generaciones de una familia que mostraron fenotipos oculares y renales variables.

Caso clínico: Niña de 4 años con déficit visual en ojo derecho (0,32 en ojo derecho y de 0,64 en ojo izquierdo). El resto de la exploración es prácticamente normal, salvo el hallazgo bilateral de unas papilas con excavación central rellena de tejido glial y una disposición radial de los vasos papilares que recuerdan a la anomalía de Morning Glory. Además, en ojo derecho se aprecian depósitos amarillentos parafoveales nasales. La tomografía de coherencia óptica de ojo derecho demuestra un desprendimiento de retina neurosensorial macular, con afectación de la porción foveal nasal. Su madre presenta una anomalía papilar bilateral (papilas con defecto colobomatoso central y foseta en su porción nasal, con visiones de unidad) y una enfermedad renal crónica estadio 3b por probable nefropatía intersticial familiar. Se solicita interconsulta a nefrología, que diagnostica hiperuricemia y proteinuria en contexto de enfermedad renal crónica, ecografía renal que revela riñones hipodisplásicos y biopsia consistente en glomeruloesclerosis generalizada y fibrosis intersticial. El estudio genético muestra una mutación del gen PAX2. Se tomó actitud conservadora, con resolución espontánea del desprendimiento macular y agudezas visuales de 0,8 dif y 1 respectivamente al cabo de 2 años.

Conclusiones: Ante un paciente pediátrico con antecedentes personales de patología renal y anomalías papilares debemos considerar el diagnóstico de síndrome papilo-renal. Existe una clara variabilidad de fenotipos oculares y renales dentro de esta familia. De especial interés por su repercusión destaca la presencia de desprendimiento de retina macular asociado a cualquiera de estas anomalías.

CPCC044

SÍNDROME DE MARFAN EN LA INFANCIA, SUBLUXACIÓN BILATERAL DE CRISTALINO Y MUTACIÓN DEL GEN FBN1. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen BURGOS RODRÍGUEZ, Carlos SÁNCHEZ MERINO, Pedro A. BURGOS RODRÍGUEZ

Introducción: Síndrome de Marfan (SM) enfermedad del tejido conectivo de herencia autosómica dominante (25% mutación de novo). Afecta al sistema cardiovascular, musculoesquelético y ocular. La mutación se produce en el gen FBN1 en el 80% de los casos, afectando a la proteína fibrilina-1, principal componente de la matriz extracelular. Presenta complicaciones potencialmente mortales como disección de aorta ascendente o aneurisma aórtico. La ectopia lentis suele ser superotemporal, bilateral, simétrica y estable desde la infancia, y se establece como criterio mayor diagnóstico de la enfermedad.

Caso clínico: Oftalmología: Niña de 4 años ambliopía profunda del ojo derecho (OD). Miopía, astigmatismo y gran anisometropía. Subluxación superior bilateral y simétrica del cristalino, con zónula íntegra, facodonesis. Coloboma inferior en cristalino de OD. Síndrome alfabético en "V". Se deriva para estudio multidisciplinar ante la sospecha de Síndrome de Marfan. Endocrinología pediátrica: Fenotipo marfanoide: dismorfia facial con cara alargada, hendidura palpebral inclinada hacia abajo, brazos largos y delgados, arnodactilia en dedos. Talla alta (P 85) y bajo peso (P 20) para la edad. Leve excavación torácica. No hiperlaxitud articular. Cardiología pediátrica: Electrocardiograma: bloqueo incompleto de rama derecha. Ecocardiografía Doppler: No prolapso mitral. Anillo aórtico 15 mm. No dilatación aorta ascendente. Estudio genético: portadora de heterocigosis variante C.6801 C > (p.Asn 2267 Lys) en gen FBN1. Diagnóstico de certeza: Síndrome de Marfan.

Conclusiones: El SM es una conectivopatía con una incidencia de 1 de cada 10.000 sujetos. Su diagnóstico se basa en criterios mayores y menores de Gante. La subluxación de cristalino es un criterio mayor, y en ocasiones puede ser una manifestación inicial. La mutación del gen FBN1 se ha incluido como criterio mayor desde 2010. Los pacientes con Marfan precisan seguimiento de por vida por equipo multidisciplinar.

CPCC045

BAJA VISIÓN INFANTIL POR HIPOPLASIA MACULAR

Melania CIGALES JIROUT, Jairo HOYOS CHACÓN, Carmen GUARDIA GOMA, Jairo E. HOYOS CAMPILLO

Introducción: La hipoplasia macular es una displasia retiniana congénita caracterizada por un desarrollo deficiente de la fovea, ausencia de la pigmentación que determina el reflejo foveal y/o presencia de vasos retinianos en la zona foveal avascular. Puede presentarse de forma aislada o asociada a otras patologías como albinismo, incontinencia pigmenti, catarata, hipoplasia del nervio óptico, aniridia, acromatopsia, microftalmos, etc.

Caso clínico: Niña de 7 años que consulta por primera vez al oftalmólogo por deficiencia visual. Su agudeza visual sin corrección es de 0.2 en cada ojo y alcanza 0.3 con -0.5 -1 X 160° en ojo derecho y con -1.5 -0.5 X 180° en ojo izquierdo. La exploración oftalmológica resultó dentro de la normalidad y sólo destacaba una retina poco pigmentada. Se prescribieron gafas, pero en los controles visuales la visión seguía sin mejorar de 0.3, por lo que se realizaron pruebas electrofisiológicas que resultaron normales. Ante la falta de orientación diagnóstica se decidió realizar una OCT macular, que para nuestra sorpresa evidenció la ausencia de la depresión foveal y nos permitió establecer el diagnóstico de hipoplasia macular. Completamos el estudio con una prueba de autofluorescencia que resultó normal, con ligera transparencia por hipopigmentación retiniana sugestiva de albinismo ocular.

Conclusiones: Cuando evaluamos a un niño, podemos dudar de su colaboración subjetiva cuando no consigue una buena agudeza visual y su exploración ocular resulta prácticamente anodina. La OCT macular es una prueba no invasiva, que nos ofrece datos objetivos fundamentales para el diagnóstico, como este caso de hipoplasia macular.

CPCC046

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE CATARATA CONGÉNITA Y POSIBLE RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Álvaro CORRALES BENÍTEZ, Clara VALOR SUÁREZ, Rosalía MÉNDEZ FERNÁNDEZ, Blanca DOMINGO GORDO

Introducción: describir el caso de una gestante primípara de 21 años sin antecedentes personales de interés en la que mediante ecografía morfológica del segundo trimestre se objetivan en el feto cataratas congénitas bilaterales.

La finalización de la gestación fue a las 25 + 1 semanas de edad gestacional siendo un gran prematuro y sospechándose en la 3 semana post-parto la presencia de una posible retinopatía del prematuro.

Descripción de caso clínico: durante el periodo prenatal se realizó estudio ecográfico y genético con cariotipo fetal y de infecciones en el líquido amniótico. También estudio para descartar galactosemia.

El parto fue a las 25 + 1 semanas de edad gestacional siendo un gran prematuro y requiriendo ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

El recién nacido fue intervenido de facoemulsificación a los 3 meses de edad postnatal con el fin de poder realizar una exploración de la retina periférica ante la sospecha de retinopatía del prematuro.

Se evidenció discreta inmadurez de zona II sin plus, neovasos ni tracciones.

Conclusiones: Es importante realizar un diagnóstico prenatal con el fin de evitar el deterioro visual del recién nacido. La visualización de la cara fetal, las órbitas y los cristalinos debe ser parte del examen rutinario de la ecografía morfológica. Este caso presentaba la dificultad añadida de una posible retinopatía del prematuro lo que obligó a actuar precozmente e intervenir las cataratas para poderse visualizar retina. El estudio ecográfico puede ayudar al diagnóstico en ROP en cierta medida siendo más sensible en el caso de estadios avanzados de la enfermedad.

CPCC047

SÍNDROME DE DANDY-WALKER. UNA CAUSA INFRECUENTE DE PAPILEDEMA EN LA INFANCIA

Carmen R. CORZO FERNÁNDEZ, Sandra MACÍAS FRANCO, Carmen JUNCEDA MORENO, Samuel LARIA BLANCO

Introducción: La enfermedad de Dandy-Walker es una anomalía del neurodesarrollo embrionario de debut infantil. Se caracteriza por la tríada: hipoplasia de vérmix cerebeloso, dilatación quística del cuarto ventrículo e hidrocefalia. El 70% asocian otros defectos del sistema nervioso central englobados como malformaciones del espectro Dandy-Walker.

Caso clínico: Paciente seguida en Neuropediatría por alteraciones no filiadas en neuroimagen e hipertensión intracraneal (HTIC) secundaria. Clínicamente presentaba macrocefalia y ataxia leve. Desarrollo intelectual normal. No clínica oftalmológica.

Derivada a nuestras consultas a los cinco años. Agudeza visual (AV) de 1.0 en ambos ojos (AO). En fondo de ojo (FO) papilas en vintage. Resto de la exploración normal. No colaboraba para campo visual (CV) ni tomografía de coherencia óptica (OCT). Se realizó seguimiento anual. El FO se mantuvo estable, compatible con papiledema crónico sin signos de actividad, aunque desarrolló gliosis reactiva a la HTIC mantenida en un sector papilar. Los CV mostraron inicialmente defectos imprecisos que se demostraron artefactos propios de la curva de aprendizaje. En OCT se evidenció una pérdida progresiva leve de fibras nerviosas en AO y una cuña amarilla correspondiente al área de gliosis.

En neuroimagen a los seis años se confirmó malformación del espectro Dandy-Walker: hipoplasia vermiana, dilatación quística del cuarto ventrículo y ventriculomegalia tetraventricular.

Actualmente la paciente tiene once años. Su evolución clínica es favorable. Mantiene una AV de 1.0 en AO sin defectos campimétricos. En FO presenta papilas en vintage sin cambios. La OCT confirma pérdida lentamente progresiva de fibras nerviosas.

Conclusiones: Ante un papiledema infantil no filiado se hace imprescindible una prueba de neuroimagen. De encontrar hidrocefalia asociada debemos plantearnos las tres causas congénitas más frecuentes: estenosis del acueducto de Silvio y las malformaciones de Arnold-Chiari y Dandy-Walker.

CPCC048

ANOFTALMIA PRIMARIA BILATERAL

Marta CUESTA LASSO, Esther RODRÍGUEZ DOMINGO, Elena GALÁN RISUEÑO, Ana GARROTE LLORDÉN, Jorge SÁNCHEZ CAÑIZAL, Irene GARZO GARCÍA

Introducción: La anoftalmia primaria es una malformación congénita rara que afecta a 0.18-0.4/10.000 nacidos vivos. Suele asociarse con otras malformaciones neurológicas y sistémicas y puede ser secundaria a aneuploidías, mutaciones genéticas, infecciones o exposición materna a tóxicos en el primer trimestre pudiendo también formar parte de síndromes complejos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una recién nacida pre término a las 36 semanas de gestación con antecedentes prenatales de ventriculomegalia diagnosticada por ecografía y resonancia magnética sin otros hallazgos patológicos. La exploración al nacimiento revela unas hendiduras palpebrales profundas con párpados fusionados sin palpase globo ocular y se objetiva la anoftalmia bilateral mediante ecografía in situ y resonancia magnética posterior que revela asimismo la ausencia de septo interventricular y un cuerpo callosos filiforme. A las 20 horas de vida la paciente es intervenida por atresia esofágica tipo III presentando en el postoperatorio poliuria con sospecha de diabetes insípida de origen central descartada mediante estudio hormonal. Se ha solicitado un estudio genético sospechando una mutación en el gen SOX2 y la paciente ha sido derivada a un centro de referencia para valorar el inicio del procedimiento de expansión orbitaria.

Conclusiones: El tratamiento de la anoftalmia primaria precisa del inicio precoz del procedimiento de expansión orbitaria con un fin de disminuir el impacto estético y social. Estos pacientes requieren una evaluación multidisciplinar para poder abordar las patologías asociadas.

CPCC049

ESTRABISMO DIVERGENTE COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE DANDY – WALKER

Ilias EL BOUTAIBI FAIZ, Emilia GARCÍA ROBLES, Luisa M.^a VIZUETE RODRÍGUEZ, Amparo TORO FERNÁNDEZ, Jorge MONGE ESQUIVEL, Begoña BALBOA HUGUET

Introducción: El síndrome de Dandy –Walker es una anomalía del cerebelo y del cuarto ventrículo caracterizada por hidrocefalia debido a una expansión quística del cuarto ventrículo en la fosa posterior. Puede cursar con un estrabismo convergente debido a la afectación de estructuras oculares cuyo diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para la recuperación visual.

Caso clínico: Paciente varón de 7 años diagnosticado de síndrome de Dandy –Walker remitido por desviación del ojo derecho desde hace 2 meses.

A la exploración oftalmológica se observó:

Cover test C Y L: 0°. *Cover uncover:* OD: exotropía divergente intermitente: -20°

Las ducciones y versiones fueron normales. No se encontraron disfunción de oblicuos.

La Agudeza visual máxima corregida fue: OD: 0.4 Y OI 0.7.

La Refracción bajo cicloplejia fue: OD:-0.25X50 y OI:-0.25-0.25X50

La biomicroscopia del polo anterior y el fondo de ojo fue fueron normales

Se prescribieron gafas con penalización miopía -1.5 en el ojo izquierdo y se inició tratamiento ocluser en ojo izquierdo.

A los 12 meses del inicio del tratamiento el niño se encontraba en ortotropía siendo la agudeza visual de 0.8 en ambos ojos.

Conclusiones: El síndrome de Dandy –Walker puede dar lugar a manifestaciones oftalmológicas como alteraciones de la motilidad ocular, atrofia óptica y estrabismo convergente como consecuencia de la compresión del VI par craneal. Presentamos un paciente con síndrome de Dandy -Walker que curso con un estrabismo divergente, manifestación poco frecuente en estos pacientes.

CPCC050

FIBROSIS CONGÉNITA DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES Y ANOMALÍAS EN LA CABEZA DEL NERVIÓ ÓPTICO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS EN UNA FAMILIA

María FERNÁNDEZ GARCÍA, Laura FERNÁNDEZ DÍAZ, Marta ÁLVAREZ CORONADO, Samuel LARIA BLANCO, M.^a Carmen COSTALES ÁLVAREZ, Paloma ROZAS REYES

Introducción: La fibrosis congénita de los músculos extraoculares (CFEOM) es un raro síndrome hereditario de estrabismo restrictivo caracterizado por oftalmoplejia restrictiva de los músculos extraoculares (MEO) y blefatoptosis, no progresivo y congénito. Se debe a una disgenesia de los nervios craneales que produce un defecto en la inervación de los MEO. La CFEOM ha sido relacionada con anomalías en la cabeza del nervio óptico, como hipoplasia o aumento en la excavación. Presentamos el caso de una madre y dos de sus hijos con diagnóstico de CFEOM y aumento de excavación de la cabeza del nervio óptico.

Caso clínico: Tres miembros de una familia, una mujer de 74 años y dos varones de 34 y 46 años, con diagnosticados de CFEOM, intervenidos en numerosas ocasiones en la infancia por ptosis congénita bilateral. La exploración de la motilidad ocular de la madre y uno de los hijos revela exotropia e hipotropia en el ojo derecho y en el ojo izquierdo oftalmoplejia completa que permite mínimo movimiento de abducción. El tercer paciente presenta una exotropia alternante con restricción de los movimientos aunque menos marcada que sus familiares.

La presión intraocular corregida de los tres pacientes se encuentra dentro de los límites de la normalidad. En la exploración de fondo de ojo observamos una excavación papilar muy aumentada sin otras características de daño glaucomatoso. La OCT del nervio óptico muestra una disminución de la capa de fibras nerviosas así como una disminución de la capa de células ganglionares

Conclusiones: La presencia de estas alteraciones en la cabeza del nervio óptico en pacientes con diagnóstico de CFEOM es consistente con el concepto de denervación de los nervios sensitivos. Estas anomalías pueden pasar inadvertidas durante la exploración sobre todo en niños y en pacientes con estrabismo de gran ángulo.

CPCC051

MALFORMACIONES CONGÉNITAS OCULARES: ANOFTÁLMOS Y COLOBOMA CORIO-RETINIANO

Carmen GÓMEZ HUERTAS, Marina RUBIO PRATS, Carlos GÁLVEZ PRIETO-MORENO

Introducción: La anoftalmia es consecuencia de una formación incompleta de la vesícula oftálmica entre la cuarta y séptima semana del embarazo. El coloboma corio-retiniano se produce por la falta de cierre de la fisura corioidea en la séptima semana de gestación. En la mayor parte de los casos no se conoce el origen.

Caso clínico: Paciente de 2 meses de edad en el momento de la primera exploración oftalmológica, que fue diagnosticado por ecografía en la semana 20 de gestación de anoftalmos izquierdo. El embarazo y el resto de la exploración sistémica tras el nacimiento fue normal. En la exploración oftalmológica se encontró en la órbita izquierda una masa globulosa azul que ocupaba el párpado inferior haciendo protusión. El resto de anejos oculares estaban bien. La exploración del ojo derecho (OD) demostró un buen comportamiento visual por ser capaz de seguir la luz, el reflejo fotomotor era normal, la biomicroscopia del polo anterior no presentaba alteraciones y en el fondo de ojo se encontró un coloboma de 6 diámetros de papila en la zona temporal de la fóvea. Los potenciales evocados visuales en ese ojo fueron normales. Se solicitó una RNM de órbitas y cráneo que informó de un microftalmos izquierdo con un gran quiste intraorbitario, un coloboma derecho pequeño y un ligero retraso en la mielinización.

Se realizó la exéresis del quiste y el resultado quirúrgico fue satisfactorio quedando una cavidad anoftálmica de pequeño tamaño. En un segundo tiempo se colocó un conformador orbitario y se reconstruyó la parte interna palpebral.

Se le van realizando revisiones periódicas para el control del OD y de la cavidad orbitaria izquierda.

Conclusiones: El objetivo del tratamiento del anoftalmos es mantener el crecimiento normal de la órbita, por ello se debe intervenir de forma temprana empleando prótesis y/o conformadores orbitarios que se van reemplazando hasta que se alcanza un desarrollo de la órbita completo y entonces se coloca una prótesis definitiva.

CPCC052

PTOSIS CONGENITA CON FENOMENO DE MARCUS GUNN ASOCIADA A SÍNDROME DE DUANE VERTICAL

Ainsa IBÁÑEZ GARCÍA, José MORA CASTILLA

Introducción: El fenómeno de parpadeo mandibular de Marcus Gunn se presenta en un 5% de los casos de ptosis congénita. Se postula que una rama de la división mandibular del V par craneal (PC) está mal dirigida al musculo elevador.

El síndrome de Duane (SD) es un cuadro restrictivo causado por una inervación anómala del III PC y caracterizado por una limitación de la ducción horizontal, con retracción del globo ocular y disminución de la hendidura palpebral. El SD vertical es una rara entidad en la que la limitación de la ducción ocurre en el plano vertical.

Caso clínico: Varón de 6 años diagnosticado de ptosis congénita, acude a revisión de su graduación hipermetrópica. En la exploración se observa ptosis en ojo izquierdo (OI) de grado variable. Esta variabilidad es debida a un fenómeno de Marcus Gunn que produce cambios en el grado de apertura palpebral con los movimientos mandibulares y a cambios que acompañan a los movimientos oculares: existe una imposibilidad de elevación del OI, disminución de la hendidura palpebral con la aducción de OI (que aumenta el grado de ptosis) y apertura de la misma con la abducción que se acompaña de una hipertropía del ojo derecho (OD) en la aducción con hiperfunción de oblicuo inferior. La agudeza visual es de unidad en ambos ojos y presenta ortotropía en posición primaria de mirada.

Conclusiones: El Síndrome de Duane y el fenómeno de Marcus Gunn responden a una inervación anómala cuya asociación, sin embargo, está escasamente descrita. En nuestro caso, la modificación constante del grado de ptosis producida por el paciente junto con la posibilidad de la asociación del déficit de elevación a la misma nos hizo dudar, pero la clara disminución de hendidura palpebral en aducción nos llevó al raro diagnóstico de Síndrome de Duane vertical. El conocimiento de esta entidad es importante por las implicaciones pronosticas y de tratamiento.

CPCC053

PARESIA TRAUMÁTICA DEL VI NERVIIO CRANEAL, ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE

Pablo J. MAZAGATOS USED, Guillermo O. GARCÉS MONSALVE, Julia FAJARDO SÁNCHEZ, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ

Introducción: En los adultos, la etiología más frecuente de la paresia del VI nervio craneal es de origen microvascular, por diabetes, aterosclerosis o hipertensión. En segundo lugar la traumática y en tercero la tumoral.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 41 años que entra en urgencias a través de cuarto de shock por agresión con arma blanca enclavada en región craneal izquierda.

Tras estabilizar al paciente, se realiza TAC craneal en el que se objetiva un objeto punzante de 2x9 cms, con entrada a nivel del sector posterior frontal izquierdo con disrupción de pared lateral, suelo de la órbita y seno maxilar, que alcanza fosa nasal contralateral. Conserva la esfericidad de ojo izquierdo (OI). Se realiza cirugía de retirada de arma blanca mediante cantotomía lateral izquierda con éxito. Durante el postoperatorio se objetiva diplopía binocular horizontal, intermitente en posición primaria de la mirada y que empeora con la levoversión.

En la exploración oftalmológica se aprecia una agudeza visual de 0,8 con un defecto refractivo de -0.75dp en ambos ojos, exploración pupilar y fondo de ojo normal, limitación leve de la abducción de OI y en la biomicroscopía un hiposfagma 360°

Se realiza alta hospitalaria, con recuperación completa de funciones motoras y sensitivas a excepción del cuadro de diplopia secundario a una paresia del VI nervio craneal izquierdo, motivo por el cual tras tres meses se realiza inyección de toxina botulínica en recto medial OI.

Cuatro meses más tarde, persiste diplopía en levoversión, asociada a tortícois cara izquierda, por lo que se plantea tratamiento quirúrgico mediante retroinserción de 5mms en recto medial y plegamiento de 7 mms en recto lateral de OI.

Conclusiones: Parece increíble que tras una agresión con arma blanca a nivel craneal se presente como única secuela la diplopía, lo que pone de manifiesto la importancia de las técnicas quirúrgicas de estrabismo y su eficacia para su resolución.

Sin interés comercial.

CPCC054

ENDOTROPIA SECUNDARIA A “HIPOPLASIA FOVEAL “: DIAGNÓSTICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA OPTICA

M.^a Encarnación MENGUAL VERDÚ, Elsa FONT JULIÁ, M.^a Consuelo SERRA VERDÚ, Ascensión SERRA MOLTÓ, José R. HUESO ABANCÉNS

Introducción: La «hipoplasia foveal» es una displasia retiniana congénita en la cual la fovea esta muy poco desarrollada y presenta ausencia de la pigmentación y/o de la zona avascular foveal. Puede presentarse asociada a otras patologías como: microftalmía, catarata congénita, hipoplasia del nervio óptico..., o manifestarse de forma aislada.

Caso Clínico: Varón de 17 años de edad, remitido por Endotropia con progresión en los últimos meses. Su AV era de CD (Cuenta dedos) en OD y de 20/20 en OI. El estudio Biomicroscópico de Polo Anterior era normal en ambos ojos. La exploración funduscópica, junto con la Tomografía de Coherencia Optica (OCT) que nos demostró la extensión de todas las capas neurosensoriales de la retina en el área en la cual debería estar normalmente la fovea, evidenciaron una hipoplasia macular en el OD. Además se le realizaron unos Potenciales evocados Visuales (PEV). Se intervino quirúrgicamente (retro-inserción del RM +resección del RL) del OD. El paciente presentó una ortotropia en posición primaria de la mirada (ppm), en el post-operatorio inmediato.

Conclusiones: La etiología de las alteraciones de la motilidad ocular, puede ser muy diversa. Pruebas no invasivas como la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) pueden resultar de gran utilidad para complementar su diagnóstico.

CPCC055

SECUELAS PERMANENTES POR VIRUS HERPES SIMPLE EN POBLACION PEDIATRICA SECUNDARIAS A TRATAMIENTO CORTICOIDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

José MORA CASTILLA, Aínsa IBÁÑEZ GARCÍA

Introducción: Las infecciones oculares por el virus del herpes simple son la primera causa de ceguera corneal infecciosa en países desarrollados. Las recaídas pueden afectar al epitelio, estroma o endotelio corneal. La queratitis epitelial geográfica se produce por aumento de la replicación del virus secundaria al tratamiento con corticoides tópicos. La queratitis estromal puede ser primaria o secundaria a úlceras dendríticas, queratopatías neurotróficas y endotelitis. El inadecuado tratamiento puede dificultar el diagnóstico y producir secuelas permanentes.

Caso clínico: Varón de 10 años derivado por optometrista por hallazgo casual de leucoma corneal en ojo izquierdo (OI). Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de 1 en su ojo derecho (OD) y de 0,7 en su OI. En la exploración biomicroscópica se observaba una úlcera corneal con morfología dendrítica y bulbos ampliados sobre un leucoma central activo redondeado mayor de medio diámetro corneal. El paciente se encontraba asintomático y refería haber sido tratado con corticoides tópicos por su médico en varias ocasiones en el último año por enrojecimiento ocular asociado a infección vírica de vías altas. El tamaño y morfología del infiltrado sugerían la posibilidad de una infección fúngica, pero la historia clínica nos empujó al diagnóstico de úlcera geográfica sobre queratitis estromal y leucoma corneal secundarios al tratamiento corticoideo. El paciente respondió a los antivíricos tópicos con cierre del defecto epitelial y disminución del infiltrado corneal. Tras la retirada del tratamiento se produjo una recaída a las 2 semanas, por lo que el paciente permanece con antivíricos orales. Su MAVC continúa siendo 0,7.

Conclusiones: El diagnóstico de la queratopatía herpética es principalmente clínico, pero su presentación atípica puede dificultar el diagnóstico y el adecuado tratamiento. El tratamiento erróneo de un ojo rojo asociado a infecciones víricas puede producir secuelas permanentes en la población pediátrica.

CPCC056

PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALBINISMO OCULAR LIGADO AL CROMOSOMA X. A PROPÓSITO DE UN CASO

Renzo R. PORTILLA BLANCO, Rubén HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Inmaculada ALONSO ALONSO, Ariadne SÁNCHEZ RAMÓN, Ian ROBERTS MARTÍNEZ-AGUIRRE, M.^a Ester ZARZOSA MARTÍN

Introducción: El albinismo ocular (AO) es un trastorno genético raro que afecta al sistema melánico exclusivamente del ojo, se clasifica en 2 tipos: AO con patrón de herencia autosómica recesiva y AO ligado al cromosoma X. Los principales signos oftalmológicos son la transiluminación del iris, hipoplasia foveal (HF), hipopigmentación de la retina con vasos coroideos prominentes, nistagmo y errores refractivos (astigmatismo miópico).

Presentamos un caso de AO ligado al cromosoma X, cuyo diagnóstico se basó en la exploración clínica, tomografía de coherencia óptica de alta resolución (OCT), potenciales evocados visuales (PEV) y estudio genético.

Caso clínico: varón de 14 años, raza caucásica, padres sanos, parto normal. A los 3 meses fue visto en nuestras consultas por presentar nistagmus pendular bilateral y un fondo de ojo (FO) con una retina hipopigmentada.

En años posteriores se evidenció retroiluminación del iris positiva y bajo cicloplejia presentaba hipermetropía y astigmatismo miópicos leves, en FO ausencia de reflejo foveal. Los PEV mostraron registros de amplitud disminuida y tiempos de culminación alargado. A los 4 años un estudio genético confirmó el diagnóstico de AO ligado al cromosoma X con mutación en el gen GPR143 a nivel de la región Xp22.3. Madre y hermana fueron halladas portadoras de la mutación. A los 10 años, se realizó una OCT (previamente no disponible) confirmándose la ausencia de depresión foveal. Actualmente tiene una agudeza visual mejor corregida deteriorada de 0,4 en AO.

Conclusiones: El AO es descubierto frecuentemente por la presencia de nistagmo en la primera consulta oftalmológica. Aunque la causa exacta de afectación visual en el AO es desconocida, la HF, el nistagmo y los errores refractivos han sido implicados. Es importante un examen ocular completo, debemos ayudarnos de pruebas complementarias como la OCT y los PEV para orientar el diagnóstico y saber que estudio genético solicitar para confirmar el mismo.

CPCC057

OSTEOPETROSIS EN DOS HERMANAS

Irene TEMBLADOR BARBA, Rosa M.^a MONTORO MORENO, María MARTÍNEZ JIMÉNEZ

Introducción: La osteopetrosis es una patología en la que hay disfunción de los osteoclastos y aumento marcado de la densidad ósea. Se presenta en dos formas clínicas: una autosómica dominante en adultos (benigna) asociada a pocos síntomas y una forma autosómica recesiva en niños (maligna), que evoluciona muy mal si se deja sin tratar. Hay otra forma intermedia recesiva descrita, en algunos pacientes, que tiene una presentación menos severa

Caso clínico: Se presentan los casos de dos hermanas de 2 y 5 años, ésta última con pérdida de visión en ojo derecho (OD) y múltiples fracturas. Al explorarla, la agudeza visual (AV) es cuenta dedos en OD y 1 en ojo izquierdo. El reflejo fotomotor está alterado en OD, siendo normal en OI. Se observa en el fondo de ojo atrofia óptica en OD y una excavación papilar de 0,6 en OI. Por la clínica, la densidad ósea aumentada y los antecedentes familiares de 1er grado de osteopetrosis, se diagnostica de esta patología y se decide explorar bajo narcosis a su hermana de 2 años, la cual ha presentado en ese momento varias fracturas también. En el examen, se ve en el fondo de ojo derecho una excavación de 0,6 con leve atrofia óptica y 0,4 en OI. En la evolución a lo largo de los años, ambas sufren varias fracturas y exotropía sensorial consecutiva, la hermana mayor de -50 dioptrías prismáticas (DP) y la pequeña -10 DP. Debido a la buena AV que mantiene la hermana pequeña en OD (0,4), se prescriben oclusiones en OI 4 horas al día, observando leve mejoría con el tiempo de la visión cercana.

Se realizó en ambas una exploración general sistémica y, a excepción de la clínica anteriormente comentada, el resto fue normal

Conclusiones: Esta rara enfermedad puede tener evolución fatal en niños, por lo que en muchos casos se necesitan transfusiones sanguíneas y hay descritos casos en los que se ha requerido trasplante de células madre hematopoyéticas, aparte del tratamiento de soporte de las posibles complicaciones oftalmológicas, auditivas y óseas.

CPCC058

CATARATA ACULEIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO EN EDAD PEDIÁTRICA

Randa FALAH, Camila RIBEIRO KOCH, Marta MORALES BALLUS

Introducción: La catarata es la principal causa de ceguera tratable en los niños y el 25%- 50% de ellas son hereditarias. Hay a menudo cierta correlación entre el patrón de expresión de la proteína mutante y la morfología de la catarata resultante. Sin embargo, la herencia de la misma mutación puede resultar en morfologías y severidades diferentes por lo que no existe una clasificación acordada. La catarata Aculeiforme fue descrita por Vogt en el 1922 y su mutación R58H por Heon en el 1999. Es una catarata hereditaria muy poco común caracterizada por la presencia de cristales con apariencia de agujas que se proyectan radialmente desde el núcleo del cristalino. Las publicaciones sugieren que la mutación R58H en el gen CRYGD que codifica la proteína γ -D Cristalina es exclusiva de este fenotipo ya que dicha mutación no se ha descrito en otro tipo de catarata.

Caso Clínico: Niño de 9 años, visitado a los 4 años por leucocoria con historia familiar materna de catarata congénita (madre y tío). La agudeza visual (AV) inicial: 0.8 en el ojo derecho (OD) y 0.4 en el ojo izquierdo (OI). Exploración: catarata cortical OD con eje visual libre y catarata paracentral en forma de agujas en OI. Se decide oclusión de OD con seguimiento. Se retiran los parches 2 años más tardes por poca mejoría visual. Sin embargo, en el 2015 la AV llega a 1.0 en OD y 0.7 OI (Equivalente esférico+2.25). En la última visita (2017) la AV se mantiene estable y se solicita el estudio genético con la realización del registro fotográfico.

Conclusiones: La catarata aculeiforme es rara con una mutación genética exclusiva. Es importante el seguimiento de estos niños, para valorar la necesidad de oclusión o de refracción, visto que pueden lograr una buena AV final. Además, resaltamos la importancia del perfil genético para entender la base mutacional de las cataratas hereditarias y agilizar la atención clínica además de su gran beneficio en la investigación del papel del gen y la proteína en el cristalino.

CPCC059

IMPLANTE ESTENOPEICO (XTRAFOCUS) Y CIRUGÍA DE CATARATA EN UN CASO DE ECTASIA POST-LASIK, UNA NUEVA ALTERNATIVA

Ramón LLANO ATANES, José GUTIÉRREZ AMORÓS

Introducción: La ectasia post-LASIK es una de las complicaciones más seria tras el laser in situ keratomileusis (LASIK). Se produce por una desestructuración de la arquitectura corneal, relacionada con un debilitamiento corneal o una forma frusta de queratocono presente antes de la cirugía. Esta complicación añade una dificultad a mayores en la cirugía de catarata y el resultado óptico deseado.

Caso clínico: Mujer de 70 años operada de LASIK en ambos ojos hace 18 años. Acude a consulta con intención de operarse de cirugía de catarata en su ojo derecho (OD) por disminución de su agudeza visual (AV). Con su mejor corrección alcanza una AV de 0,3. Presenta una Topografía con un adelgazamiento corneal inferior, una queratometría irregular con astigmatismo elevado (36.75x41.36@57°) y un aumento de las aberraciones corneales (2.95micras), concordando con el diagnóstico de ectasia post-LASIK.

Se decidió realizar una cirugía de catarata con implante de lente intraocular Envista (Bausch&Lomb®) y un implante estenopeico XtraFocus (Morcher®) en sulcus con una apertura de 1.3mm. Para ello se comprobó la tolerancia con una lente de contacto estenopeica con las mismas medidas. El cálculo de la lente se realizó mediante el calculador de la American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS) y la cirugía transcurrió sin complicaciones.

La AV postoperatoria fue de 0.8 tanto en lejos como cerca. La sensibilidad al contraste se vio disminuida en las frecuencias altas de 12 y 18 ciclos por grado (c/g). Se pudieron obtener imágenes de fondo de ojo mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) sin problema gracias a la penetrancia de la lente a la luz infrarroja.

Conclusiones: El nuevo implante XtraFocus puede representar una nueva alternativa en la cirugía de catarata con córneas irregulares, como en el caso de las ectasias post-LASIK, ya que nos permite mejorar la óptica del ojo eliminando las aberraciones de la periferia corneal y aumentando la profundidad de foco.

CPCC060

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD ESTAFILOCOCICA POST LASIK A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis CAMACHO, Laura FERNÁNDEZ DEL COTERO SECADES, Bélen TORRES LEDESMA, Jorge FERNÁNDEZ ENGROBA, Andrés PICO

Introducción: El Síndrome de hipersensibilidad estafilocócica (SHS) post LASIK es una entidad poco frecuente producida por una reacción de hipersensibilidad retardada a antígenos estafilocócicos en pacientes con blefaritis, la clínica típica es molestias, quemosis e hiperemia conjuntival, infiltrados marginales sin reacción en cámara anterior y algunos casos úlcera corneal periférica. Los cultivos microbiológicos corneales habitualmente son negativos. Presentan una buena respuesta a antibióticos y corticoesteroides tópicos. El diagnóstico se confirma mediante el cultivo donde este suele salir negativo o en ocasiones se asila el estafilococo (epidermidis en su mayoría) y la buena respuesta al tratamiento.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 23 años, con antecedentes de blefaritis posteriores que se somete a cirugía refractiva LASIK por miopía y a los dos días presenta unos infiltrados periféricos, con molestias y visión borrosa (aportamos fotos). Se le realiza cultivo y comienza tratamiento con corticoides a altas dosis y cobertura antibiótica, por la sospecha de SHS. Los infiltrados van desapareciendo a los pocos días consiguiendo una recuperación de la agudeza visual y de la integridad corneal. Los cultivos salen negativos confirmando nuestra sospecha diagnóstica.

Conclusiones: El SHS es una entidad que puede ser evitable realizando una anamnesis cuidadosa del paciente y exploración cuidadosa de los anexos oculares. El diagnóstico diferencial se realiza con otras entidades infecciosas. El tratamiento de la blefaritis previo a la cirugía puede evitar sustos en el postoperatorio precoz en cirugía refractiva.

CPCC061

SÍNDROME DEL FLUIDO CORNEAL EN LA INTERFASE POST-LASIK TRAS DSAEK

Miriam PASTOR MONTORO, Ignacio LOZANO GARCÍA, Alicia GUARDIOLA FERNÁNDEZ, Amanda ORTIZ GOMARIZ, Ángel R. GUTIÉRREZ ORTEGA

Introducción: El síndrome del fluido en la interfase (SFI) post-LASIK es un cuadro caracterizado por edema o turbidez en la interfase, tonometría de aplanación normal y empeoramiento de la visión, producido por hipertensión ocular esteroidea o alteración endotelial.

Caso clínico: Varón de 56 años, intervenido de facoemulsificación de cataratas e implante de lente intraocular (LIO) multifocal en ambos ojos (AO) con posterior retoque con LASIK en ojo derecho (OD), que consultó por pérdida de visión en OD. Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) era 0,4 en OD y 1 en ojo izquierdo. En el polo anterior se observó edema corneal microquístico secundario a distrofia de Fuchs y cicatriz de LASIK en OD y córnea guttata y pseudofaquia en AO. Se realizó una queratoplastia endotelial automatizada con pelado de la membrana Descemet (DSAEK) en OD sin complicaciones. Tres meses después, la córnea central era transparente con leve edema microquístico en periferia y presión intraocular normal. A pesar de la transparencia corneal, la MAVC era 0.4 y en la topografía PENTACAM se observó astigmatismo irregular de -4.5 D. Se sospechó que la mala agudeza visual era secundaria al astigmatismo irregular en paciente con LIO multifocal ya que la MAVC con lente de contacto rígida era 1. La Tomografía de Coherencia Óptica del segmento anterior mostró lentículo endotelial bien aposicionado y líquido en la interfase del flap de LASIK. Fue diagnosticado de SFI post-LASIK que se resolvió con tratamiento hipotensor tópico y suspensión de los corticoides tópicos. Actualmente la MAVC del OD es 1 y ha desaparecido el astigmatismo irregular.

Conclusiones: El fluido en la interfase da lugar a lecturas tonométricas falsamente bajas, debido a un efecto de almohadillado. Este paciente intervenido de DSAEK presentó una mayor dificultad diagnóstica al presentar LIO multifocal, que exige emetrópia para alcanzar buena agudeza visual, y además un flap de LASIK que dificultó el diagnóstico de hipertensión ocular.

CPCC062

SÍNDROME DE CHARLIN ASOCIADO A GLAUCOMA FOCAL

Aitor FERNÁNDEZ GARCÍA, Concepción ROMERO ROYO, Alicia MATAMOROS, Blanca POYALES VILLAMOR, Carlos SJÖHOLM GOMEZ DE LIAÑO, Francisco POYALES GALÁN

Introducción: El síndrome de Charlin, también llamado neuralgia supra orbitaria, se manifiesta en forma de migraña debida a un espasmo vasomotor de la arteria meníngea media. Se traduce en un dolor violento que afecta a la órbita, la sien, la frente, la nariz y las regiones maxilares. Estos ataques pueden durar de 15 a 60 minutos. Los signos más frecuentes son dolor ocular unilateral y del mismo lado de la cara, se puede dar queratitis, iritis o ambas, congestión de la mucosa nasal o rinitis, entre otros.

Caso Clínico: presentamos el caso de una mujer, de 76 años de edad, que acude a consulta por calambres retro oculares frecuentes que cursan con lagrimeo leve e hiperemia y posterior dolor de cabeza. Además la paciente nota una reducción del campo visual del ojo izquierdo (OI). Se le realizan pruebas complementarias, tales como campimetría (CV), tomografía de coherencia óptica (OCT) y retinografía además de la valoración por neurología y ORL para descartar posible síndrome de Charlin. El resultado de las pruebas confirma la neuralgia de la primera rama del trigémino o naso ciliar. A nivel del CV y de la OCT se confirma la existencia de un escotoma arciforme superior en OI y la afectación de la capa de fibras nerviosas en el sector inferior así como de las células ganglionares que rodean la mácula, por lo que se instaura tratamiento anti hipertensivo inmediato y neuroprotección.

Conclusiones: Actualmente, el tratamiento más efectivo del síndrome de Charlin consiste en la cocainización del nervio etmoidal anterior de la fosa nasal. Se deben descartar patologías oftalmológicas asociadas con el fin de instaurar un tratamiento precoz.

CPCC063

DESBRIDAMIENTO CON APERTURA CONJUNTIVAL PARA RESCATE DE CIRUGÍA MIGS CON XEN-45

Angélica de FREYTAS RODRÍGUEZ, Sebastián MARTÍNEZ CASTILLO, Luis GUTIÉRREZ ARIAS, David SALOM ALONSO

Introducción: Las cirugías microinvasivas de glaucoma (MIGS) han emergido como un nuevo tratamiento para el glaucoma de ángulo abierto. Las técnicas MIGS utilizan un abordaje ab interno, de manera que permiten una mínima disrupción del tejido, un perfil de riesgo más favorable y una recuperación más rápida comparadas con las cirugías convencionales de glaucoma. El fracaso de estas técnicas quirúrgicas por encapsulamiento postoperatorio de la ampolla de filtración está descrito en un 3% de los casos según algunos autores, aunque en nuestra práctica diaria el porcentaje alcanza aproximadamente el 30%. Cuando esto se produce se recurre al rescate mediante desbridamiento con aguja (needling) o al empleo de bloqueantes de la producción de humor acuoso.

Casos clínicos: Presentamos una maniobra quirúrgica alternativa que utilizamos para el rescate de 3 casos en los que la cirugía MIGS con XEN-45 fracasó a pesar del intento de rescate con bloqueadores de la producción de humor acuoso y/o needling.

Dicha maniobra consiste en un desbridamiento quirúrgico de la fibrosis peri-implante "a cielo abierto", realizada mediante una incisión conjuntival distal al implante XEN con posterior sutura del ojal conjuntival generado. En 2 de los casos tratados, dada la ausencia de funcionamiento del implante se decidió recortar un milímetro el extremo distal del XEN-45, observándose tras esto flujo a su través.

Conclusiones: El desbridamiento con apertura conjuntival para el rescate de cirugías MIGS con implante XEN-45 puede ser considerado una opción en casos de fracaso quirúrgico no respondedores a maniobras de rescate convencionales.

CPCC064

DIFERENTE EVOLUCIÓN DE LA ABERTURA ANGULAR MEDIANTE OCT TRAS EL IMPLANTE DE LA LENTE ICL® EN 2 PACIENTES HIPERMÉTROPES

Ana MACARRO MERINO, José I. FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Ignacio ALMORÍN FERNÁNDEZ-VIGO, Cristina FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Bachar KUDSIEH BAYLON, José A. FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ

Introducción: La lente Implantable Collamer Lens® (ICL) es una lente fáquica precristaliniana para la corrección de diferentes ametropías, pudiendo producir un estrechamiento angular secundario. En este trabajo se comparó mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio Fourier la diferente evolución de la abertura angular tras ICL en 2 pacientes hipermetropes.

Caso clínico: Se presentan 2 casos de 2 mujeres de 22 y 24 años, hipermetropes de +8 y +7,25 dioptrías en ambos ojos respectivamente en las que se implantó una lente ICL V4b con doble iridotomía. Mediante OCT-FD (RTVue®) se valoró la abertura del ángulo iridocorneal antes, 1 mes y 1 año tras el implante de la ICL en los cuadrantes nasal y temporal. Las 2 pacientes presentaban una biometría preoperatoria similar, con una profundidad y un diámetro de cámara anterior de 2,8 mm y 12,1 mm en ambos casos respectivamente, siendo la longitud axial 20,3 y 20,4 mm. Se les implantó a ambas una lente de 12,1 mm. La abertura angular preoperatoria fue de 12 y 20 grados en la paciente 1, siendo la abertura al mes del implante de 8 y 13 grados, y al año de 5 y 1 grados en los nasal y temporal respectivamente, y desarrollando un contacto iridotrabecular. La abertura preoperatoria en la paciente 2 fue de 48 y 36 grados en nasal y temporal respectivamente, disminuyendo a 38 y 30 grados al mes, y permaneciendo estable en 39 y 35 grados al año. El vault de las pacientes fue de 450 y 420 μm respectivamente.

Conclusiones: En este trabajo se presenta la diferente evolución angular de 2 pacientes tras una ICL hipermetrópica con características biométricas preoperatorias similares, siendo la principal diferencia la abertura angular preoperatoria: en el primer caso existe un estrechamiento angular muy severo, permaneciendo en el otro caso un ángulo abierto. Se deben estudiar los factores que condicionan un mayor cierre angular en estos pacientes, para escoger los candidatos idóneos al implante de este tipo de lentes.

CPCC065

CIERRE ANGULAR SECUNDARIO A ZONISAMIDA

Sebastián MARTÍNEZ CASTILLO, Angelica de FREYTAS RODRÍGUEZ, Luis GUTIÉRREZ ARIAS, Ruth LÓPEZ LIZCANO, Cristina MARÍN LAMBIES, David SALOM ALONSO

Introducción: Presentamos un caso de cierre angular secundario a zonisamida, fármaco derivado de las sulfamidas, relativamente nuevo, indicado para la epilepsia y utilizado fuera de indicación para el tratamiento de las migrañas. En la literatura encontramos gran cantidad de casos bien documentados de cierre angular secundario a topiramato y a otros derivados de las sulfamidas, no así con la zonisamida, en el que solo encontramos reportado un único caso.

Caso clínico: Mujer de 68 años, remitida de urgencia a consulta por disminución brusca de agudeza visual (AV) y dolor ocular. Como antecedentes de interés, refería haber comenzado tratamiento con zonisamida a 50mg/día, desde hace 2 días, para el tratamiento de sus migrañas. Como antecedentes oftalmológicos, la paciente estaba intervenida de catarata en ambos ojos, no precisando corrección óptica. La AV era de 0.05 en ambos ojos, mejorando hasta 0.5 con una refracción de -2.5 dioptrías en ojo derecho (OD) y -3 dioptrías en ojo izquierdo (OI). En la lámpara de hendidura observamos una cámara estrecha y el examen gonioscópico mostraba un ángulo cerrado. La presión intraocular era de 32mmHg en OD y 30mm Hg en OI. La OCT de segmento anterior, mostraba la rotación anterior del iris y cuerpo ciliar produciendo un cierre angular y una cámara estrecha. Suspendimos el tratamiento con zonisamida y comenzamos tratamiento con inhibidores de la producción del humor acuoso y ciclopléjico, presentando una recuperación total en 2 semanas.

Conclusiones: Los profesionales que prescriban zonisamida, deben de tener en cuenta el riesgo de cierre angular.

CPCC066

EVOLUCIÓN Y ESTUDIO GONIOSCÓPICO DE UN ÁNGULO REPTANTE EN MUJER CAUCÁSICA. RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Neus MORENO FABRA, Susana MOLINA CASTAÑER, Miguel A. ALMELA QUILIS

Introducción: El ángulo reptante es un tipo de cierre angular primario causante de glaucoma crónico. Se produce por el avance progresivo del iris periférico, que contacta primero con la banda ciliar y va reptando hasta alcanzar la línea de Schwalbe. Es un cierre de tipo sinequial, escalonado y asintomático, en el que la presión intraocular (PIO) aumenta lentamente. La etiología es desconocida, con una afectación preponderante sobre la raza asiática y el sexo femenino. El manejo inicial consiste en una iridectomía. El siguiente paso sería la extracción del cristalino. En caso de mal control estarían indicados la gonioplastia, la goniosinequiólisis o la cirugía filtrante.

Caso clínico: Mujer caucásica de 42 años que acude diagnosticada de glaucoma crónico simple de ángulo abierto (GCAA) con mal control de la PIO. En la exploración destaca una agudeza visual (AV) de 1 en el ojo derecho (OD) y 0.5 en el ojo izquierdo (OI) con PIO de 30 mmHg en ambos ojos (AO). En la gonioscopia se observan SAP 180° OD y 360° OI. El estudio de la papila y los campos visuales (CV) confirman el diagnóstico de glaucoma crónico por cierre angular primario. Se realiza iridectomía láser AO con mal control de la PIO en OI, por lo que se decide gonioplastia y extracción del cristalino AO. Al persistir OI con PIO elevada se efectúa trabeculectomía. Actualmente la paciente presenta una PIO de 17/13 mmHg.

Conclusiones: Aunque la prevalencia del ángulo reptante es muy limitada en nuestro medio, es importante un correcto diagnóstico diferencial sobretodo con el GCAA, ya que ambas entidades cursan con clínica similar al comienzo. La gonioscopia es fundamental para ello, además de monitorizar la evolución de las SAP. El carácter evolutivo hace imprescindible una correcta escalera terapéutica, con un peldaño inicial basado en la iridectomía láser seguido de procedimientos más invasivos.

CPCC067

IMPLANTE DE DISPOSITIVO CYPASS EN GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO (GCP) CON MARCADA ESCLEROMALACIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía PERUCHO GONZÁLEZ, Keith BARTON, Panagiota FOUNTI

Introducción: Múltiples teorías explican la fisiopatología del Glaucoma Congénito Primario (GCP), como la presencia de material amorfo en la malla trabecular (MT), la apertura incompleta del ángulo, o la inserción anómala del iris en la MT. El manejo quirúrgico es complejo y en muchos pacientes se requiere llevar a cabo múltiples cirugías.

Caso clínico: Mujer de 45 años de edad con GCP y una marcada escleromalacia difusa en el ojo derecho y prótesis en el ojo izquierdo. La paciente había sido sometida a dos goniotomías en ojo derecho y presentaba una válvula de Baerveldt a nivel inferotemporal. Ocho años después del implante valvular, la presión intraocular (PIO) era de 26 mmHg a pesar de tratamiento médico máximo (tópico y oral) con progresión en campo visual. La visión era de 6/18 según la escala de Snellen. Ante semejante escenario las opciones quirúrgicas se limitaban a técnicas que evitasen la esclera. El láser diodo se descartó, por ser un ojo único no doloroso con potencial visual. El implante de dispositivos angulares no se presentaba como una opción muy adecuada por las anomalías a este nivel en los GCP. Como alternativa a la cirugía escleral y a los implantes angulares, la potenciación de la vía uveoescleral se presentó como una opción terapéutica plausible. Así, se decidió implantar un dispositivo Cypass para facilitar el drenaje hacia el espacio supracoroideo. Tras un pico hipertensivo en el postoperatorio inmediato, la PIO al mes de la intervención fue de 16mmHg con un solo fármaco tópico.

Conclusiones: En casos complejos, en los cuáles exista un compromiso anatómico que impida el uso de técnicas quirúrgicas que involucren la esclera, podrían entrar en juego los dispositivos angulares así como los implantes que potencian la vía uveoescleral. En este caso, las estructuras angulares no mostraban una configuración normal al ser un GCP, por lo que la opción que se consideró más adecuada fue potenciar la vía uveoescleral.

CPCC068

SÍNDROME DE RADIUS MAUMENEE

Isabel VILLALALÁIN RODES, Rosa M.^a LANGA HONTORIA, Adriana de la HOZ POLO, Alejandro LÓPEZ GAONA, Aaron ZAPATA NEGREIROS

Introducción: El síndrome de Radius Maumenee es una entidad idiopática infrecuente, caracterizada por dilatación de los vasos episclerales, aumento de la presión intraocular (PIO) y ángulo abierto. La respuesta al tratamiento tópico suele ser insuficiente, por lo que la mayoría de los casos requieren cirugía filtrante.

Próposito: Describir la evolución y manejo médico-quirúrgico de dos pacientes con síndrome de Radius Maumenee.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de dos pacientes seguidos en un hospital terciario en 2016-2017.

Casos clínicos:

1. *Mujer de 44 años diagnosticada de glaucoma de ángulo abierto en centro privado en tratamiento tópico con latanoprost/timolol, brimonidina y acetazolamida oral, que acude a urgencias por deterioro visual con PIO de 32/34 mmHg. El campo visual (CV) y la fundoscopia (FO) demostraron afectación glaucomatosa severa en ambos ojos (AO). El Angio-TC descartó fístula carótido-cavernosa. Se modificó el tratamiento tópico y se realizó trabeculectomía en ojo derecho (OD). Dado el empeoramiento de AV en el ojo izquierdo (OI) se realizó cicloablación selectiva mediante ultrasonidos, uc3.*

2. *Mujer de 56 años que acude por dolor periorbitario y proptosis en OI asociado a cefalea. La biomicroscopía reveló tortuosidad y dilatación vascular episcleral y PIO de 16/43 mmHg. El FO demostró daño glaucomatoso avanzado en el OI. La OCT y CV confirmaron el compromiso anatómico y funcional. Las pruebas complementarias descartaron otras causas que justificaran tales hallazgos. Se planteó EPNP en OI asociado a mitomicina subconjuntival consiguiendo normalización de la PIO. A lo largo del seguimiento presentó hipertensión ocular descontrolada en OD que ha requerido intervención.*

Conclusiones: Este síndrome se debe a un déficit de drenaje de las venas episclerales, siendo su diagnóstico por exclusión. Aunque la efusión coroidea puede ocurrir la eficacia de la cirugía filtrante en estos casos se ha demostrado eficaz.

CPCC069

IMPLANTE XEN EN ADULTO CON ANTECEDENTE DE GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO

José A. ZAPATA NEGREIROS, Cosme LAVÍN DAPENA, Rosa CORDERO ROS, Ana I. RAMOS CASTRILLO

Introducción: Presentar un caso de uso de cirugía de glaucoma mínimamente invasiva a través del stent XEN en un paciente con antecedente de glaucoma congénito avanzado en ojo único.

Caso clínico: Paciente varón de 38 años de edad con antecedente de glaucoma congénito primario bilateral, evisceración de ojo derecho y múltiples intervenciones quirúrgicas en ojo izquierdo. En seguimiento de glaucoma avanzado en ojo izquierdo, desarrolla toxicidad corneal e insuficiencia límica por antihipertensivos tópicos requiriendo trasplante de membrana amniótica. Posteriormente presenta elevación de la presión intraocular refractaria a tratamiento médico, decidiéndose colocación de implante XEN con consecuente control de presión intraocular.

Conclusiones: El implante del stent XEN es un procedimiento efectivo dirigido a pacientes con glaucoma que no son controlados o no toleran medicación y que además no son candidatos idóneos para cirugías tradicionales como la trabeculectomía o las válvulas de derivación por posible riesgo de complicaciones.

CPCC070

MEMBRANA NEOVASCULAR IDIOPÁTICA EN PACIENTE JOVEN

Irene ALTEMIR GÓMEZ, Verónica GÓMEZ PALACIOS, Pilar CALVO PÉREZ, Teresa PÉREZ ROCHE, Francisco J. EPALZA PÉREZ

Introducción: La membrana neovascular idiopática es una patología poco frecuente que designa la presencia de neovascularización (NVC) sin anomalías predisponentes sistémicas ni del fono de ojo que a menudo afecta a pacientes más jóvenes. Se produce una alteración grave de la visión.

Caso clínico: Paciente de 30 años sin antecedentes oculares que viene a consulta por visión borrosa en ojo izquierdo (OI). No toma medicación. En la exploración se encuentra agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD) 1 y AV OI 0,5. Presenta alteración en rejilla de Amsler. En el segmento anterior no se detectaron signos de actividad inflamatoria y la tensión ocular era normal. En la observación del fondo de ojo (FO) se ve NVC y hemorragias en el área subfoveal. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) aparece levantamiento del área macular. Al realizar angiografía fluoresceínica encontramos una lesión de color grisáceo, membrana neovascular, con bordes mal definidos y hemorragias en el área de la lesión. Se le administraron fármacos antiangiogénicos, ranibizumab, en pauta mensual (2). Al mes de la segunda administración, la sensación subjetiva del paciente fue positiva y presentó AV del OI 0,7. El OCT presentó menos levantamiento de la zona.

Conclusiones: El número de casos de NVC catalogados como idiopáticos es proporcionalmente escaso. La NVC idiopática presenta en principio mejor pronóstico que la producida por una causa secundaria. Tanto la fotocoagulación con láser como el uso de fármacos intravítreos están indicados para el tratamiento de estas membranas. En este caso se indicó tratamiento con antiangiogénicos con la finalidad de reducir el crecimiento de la membrana, frenar la proliferación de los vasos activos y evitar la pérdida permanente de visión. La NVC idiopática en jóvenes, es un proceso importante que debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones retinianas.

CPCC071

DEBUT OCULAR DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Denisse ÁNGEL PEREIRA, Pedro ROCHA CABRERA, Andrés BLASCO ALBERTO, Iván TALAVERA RODRÍGUEZ, M.^a José LOSADA CASTILLO

Introducción: Las leucemias son neoplasias originadas en la médula ósea que se caracterizan por la proliferación clonal de precursores mieloides o linfoides. Éstos originan un desplazamiento de las células medulares normales, infiltrando la médula ósea, así como también otros órganos.

A nivel oftalmológico pueden afectar a cualquier estructura, existiendo manifestaciones primarias por infiltración directa y manifestaciones secundarias por alteraciones hematológicas.

Caso clínico: Varón de 28 años quien acude al Servicio De Oftalmología por presentar disminución progresiva de agudeza visual bilateral de 1 mes de evolución. No presentaba ningún antecedente ocular o personal de interés.

A la exploración oftalmológica se observó una agudeza visual máxima corregida de 0.9 en ojo derecho y 0.7 en ojo izquierdo. Motilidad, polo anterior y presión intraocular dentro de la normalidad.

La oftalmoscopia reveló múltiples hemorragias retinianas bilaterales (algunas con centro blanquecino) exudados algodonosos e infiltrados blanquecinos.

En la OCT macular (Spectralis®) se observó desprendimiento neurosensorial subfoveal bilateral con infiltrado inflamatorio asociado y en la angiografía fluoresceínica se evidenciaron focos de retinitis, con zonas de isquemia y exudación.

Se realizó una analítica (hemograma y bioquímica) y ante los hallazgos se contactó con el Servicio de Hematología, quienes diagnosticaron una Leucemia aguda linfoblástica (LAL) pre-B (LAL B3) Philadelphia +. Inició tratamiento con protocolo PETHEMA LAL para menores de 55 años. Posterior a esto el paciente presentó mejoría de la clínica ocular y en las pruebas complementarias, con desaparición casi completa de los hallazgos retinianos.

Conclusiones: La afectación oftalmológica puede ser la primera manifestación de un debut de leucemia, por lo que ante un cuadro de retinopatía sugestivo, se debe realizar un screening sistémico que puede cambiar el pronóstico vital de un paciente oncológico.

CPCC072

HEMORRAGIA VÍTREA UNA RARA MANIFESTACIÓN Y COMPLICACIÓN DEL HAMARTOMA ASTROCÍTICO RETINIANO: REPORTE DE UN CASO

Gabriel ARCOS VILLEGAS, M.^a Liseth SALAZAR QUIÑONES, Claudia SANZ POZO, David DÍAZ VALLE

Introducción: El Hamartoma astrocítico retiniano es un tumor benigno generalmente asintomático, asociado o no al complejo de esclerosis tuberosa (CET). La hemorragia vítrea es una rara presentación y complicación de este tumor. Es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial con técnicas de imagen multimodal.

Caso Clínico: Paciente varón de 12 años acude porque refiere ver “una mancha negra” en el hemicampo temporal superior del ojo derecho. Refiere que tuvo un episodio similar hace 2 años. En la exploración biomicroscópica presenta un polo anterior sin alteraciones. En la funduscopia se evidencia una masa transparente blanco-amarillenta peripapilar con nódulos amarillo brillantes y hemorragia vítrea peripapilar y nasal. La autofluorescencia muestra imágenes puntiformes autofluorescentes compatibles con drusas del nervio óptico. En la angiografía fluoresceínica se puede observar una profusa red capilar a nivel papilar del ojo derecho en contraste con el ojo izquierdo. En la Tomografía de coherencia óptica (TCO) se observa un tumor o proliferación dependiente de las capas de fibras nerviosas de la retina (CFNR), calcificaciones y cavitaciones intralesionales formando la imagen típica de “apolillado” y tracción vítreo retiniana peripapilar. Se realizan estudios complementarios (serología y radiografías) y examen clínico completo por parte de Pediatría, descartándose afectación sistémica asociada. Se procedió a un seguimiento estrecho del paciente hasta reabsorción de la hemorragia vítrea.

Conclusiones: El hamartoma astrocítico retiniano debe sospecharse ante una masa peripapilar y debe descartarse su asociación sistémica con el complejo de la esclerosis tuberosa. Es imprescindible para el diagnóstico diferencial con otras lesiones un estudio de imagen multimodal.

CPCC073

GLAUCOMA NEOVASCULAR DEBIDO A SÍNDROME ISQUÉMICO OCULAR POR ATEROMATOSIS DE LA ARTERIA OFTÁLMICA: ESTUDIOS CON ANGIO-OCT

Fernando de ARRIBA PALOMERO, Ignacio GARCÍA CRUZ, Beatriz GONZALO SUÁREZ, Diego RUIZ CASAS

Introducción: El síndrome isquémico ocular (SIO) clásicamente se describe como una retinopatía isquémica unilateral debida a la reducción severa del flujo de la arteria carótida ipsilateral (90% o más). Esta alteración conlleva a la aparición de neovasos retinianos e iridianos (NVI), que en un porcentaje no desdeñable desencadenan un glaucoma neovascular (GNV).

Caso clínico: Varón de 85 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio y múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presenta pérdida de visión por su ojo izquierdo con cefalea hemicraneal de dos días de evolución. El paciente no presenta antecedentes oftalmológicos de interés.

En el servicio de urgencias se constata la presencia de NVI en ojo izquierdo con presión intraocular (PIO) de 56mmHg. El examen funduscópico del ojo izquierdo revela presencia de hemorragias punto-mancha y en astilla generalizadas, pulsación espontánea de la arteria central y arrosariamiento venoso, siendo la retina del ojo adelfo dentro de la normalidad.

Tras realizar pruebas complementarias se descarta la presencia de coagulopatías o de obstrucción de la arteria carótida. En la angiografía por Tomografía de Coherencia Óptica (OCT-A) se observa una disminución generalizada de capilares a nivel coriocapilar; en esta prueba se ratifica la ausencia de neovasos retinianos en polo posterior. Se realiza una angiografía de campo amplio que descarta la presencia de neovasos y muestra defectos periféricos de repleción vascular.

Por todo ello, es diagnosticado de SIO por ateromatosis de la arteria oftálmica.

Conclusiones: La OCT-A es un instrumento muy útil en el diagnóstico de patologías retinianas, que puede evitar la realización de otras pruebas complementarias invasivas. Se presenta un caso en el que fue fundamental para llegar a conocer el diagnóstico y el pronóstico de la patología del paciente.

CPCC074

RETINITIS EN PACIENTE JOVEN INMUNODEPRIMIDO

Sonia ASTORGA MORENO, Laura RODRÍGUEZ GARCÍA, Ana PÉREZ-ARANDA REDONDO

Introducción: La retinitis por citomegalovirus (CMV) es una infección ocular viral grave. El CMV es un herpesvirus que puede infectar a un gran porcentaje de adultos, aunque la mayoría de personas expuestas no presentan síntomas de infección ni desarrollan problemas debido al virus. Sin embargo, en personas con sistemas inmunodeficientes, el virus puede reactivarse y extenderse hacia la retina a través del torrente sanguíneo, causando problemas que amenazan la visión

Caso clínico: Hombre de 31 años que acude a urgencias de oftalmología por pérdida de visión de ojo derecho, objetivándose Tyndall con depósitos finos corneales y en fondo de ojo vitritis y retinocoroiditis en arcada temporal inferior.

Como antecedentes personales: había sido diagnosticado de infección por virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) hacía 2 años, sin realizar posterior tratamiento ni seguimiento médico. Refería haber sido tratado de Sífilis hacía unos años.

Ante la sospecha de coriorretinitis por CMV se realiza interconsulta urgente a Interna que decide ingreso hospitalario para inicio de tratamiento. Se confirma serología positiva CMV. Realizó tratamiento sistémico con Valganciclovir e intravítreo con Ganciclovir y comenzó tratamiento antirretroviral. Inicialmente presentó una evolución tórpida, con aparición de edema de papila. Se detectó Neurosífilis y también se trató con Penicilina intravenosa.

El paciente respondió favorablemente al tratamiento de ambas infecciones, mejorando tanto fondo de ojo como la agudeza visual.

Conclusiones: Aunque hoy día la prevalencia de retinitis por CMV haya disminuido en personas con VIH, la situación de inmunosupresión severa en aquellos pacientes que no realizan terapia antirretroviral sigue propiciando el desarrollo de enfermedades oportunistas. Junto con el tratamiento específico contra la retinitis por CMV y la Neurosífilis, es importante el fortalecimiento del sistema inmunológico bajo un tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

CPCC075

MACROANEURISMA RETINIANO TRATADO CON ANTIANGIOGÉNICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

María ATENCIA BALLESTEROS, José COÍN RUIZ, Gustavo FERNÁNDEZ-BACA VACA

Introducción: Los macroaneurismas retinianos son dilataciones de las arteriolas retinianas que se producen con mayor frecuencia en polo posterior en los primeros tres órdenes de bifurcación arteriolar. Afectan con mayor frecuencia a mujeres de entre 60-70 años y suelen ser unilaterales. A menudo se asocian a trastornos vasculares como la hipertensión y la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica.

Caso clínico: Una mujer de 57 años de edad acude al Servicio de Urgencias por disminución de agudeza visual (AV) y miodesopsias en ojo derecho (OD) desde el día anterior. No presenta alergias medicamentosas conocidas y como antecedentes personales de interés destacan hipertensión arterial en tratamiento y asma.

A la exploración oftalmológica se observa una mejor AV corregida en el OD de cuenta dedos a 2 metros y en el ojo izquierdo (OI) de unidad. Las pupilas eran isocóricas y normorreactivas y los movimientos extraoculares y la biomicroscopia, normales. El examen del fondo de ojo en midriasis demostró una hemorragia subretiniana temporal inferior que afectaba a fovea.

Tras explicar las distintas opciones terapéuticas se procede a tratar a la paciente con tratamiento intravítreo de Ranibizumab, realizándose tres inyecciones, y obteniéndose la resolución completa de la hemorragia.

Conclusiones: Aunque los macroaneurismas arteriulares retinianos pueden ser asintomáticos, la forma más frecuente de presentación es la disminución de AV por ruptura del macroaneurisma y hemorragia subretiniana, intrarretiniana, subhialoidea o vítrea. Pese a que la involución espontánea ocurrirá en la mayoría de los pacientes que no sigan tratamiento, el proceso exudativo puede causar daños estructurales a la mácula y disminución de AV permanente, por lo que el uso de antiangiogénicos intravítreos es una posible opción terapéutica en dichos casos.

CPCC076

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA MACULAR TRAUMÁTICA A CIEGAS

M.^a de las Nieves BASCUÑANA MÁS, M.^a Ángeles PEREA RIQUELME, Miriam PASTOR MONTORO, Francisco J. POZO LORENZO, Celia GÓMEZ MOLINA, Andrés LÓPEZ JIMÉNEZ

Introducción: Los traumatismos oculares cerrados pueden provocar secuelas retinianas graves como conmoción retiniana, rotura coroidea, desprendimiento de retina, hemorragia macular y agujero macular. Es importante identificar tales lesiones en la exploración inicial así como valorar las posibles secuelas y tratamientos.

Caso clínico: Varón de 34 años politraumatizado. Tras ser estabilizado en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) e intervenido por traumatología por fracturas múltiples, aqueja disminución de visión en ojo derecho (OD). En la exploración oftalmológica la agudeza visual (AV) en OD es inferior a 1/10 y en ojo izquierdo (OI) 10/10. La motilidad ocular y los reflejos pupilares son normales. En la exploración fundoscópica de OD existe una hemorragia premacular de 2 diámetros papilares. No se pueden realizar otras exploraciones complementarias como Tomografía de coherencia óptica (OCT) debido al estado físico del paciente que se encuentra inmovilizado en decúbito supino. Durante el ingreso se realiza Tomografía Computerizada craneofacial que informa de hematoma subdural. Tras un tiempo de observación, es intervenido mediante vitrectomía posterior, sin pruebas complementarias previas del área lesionada, realizando un pelado de membrana limitante interna y aspiración de fibrina foveal. En la exploración actual presenta una AV sin corrección de 10/10 en ambos ojos y perfil foveal conservado en OD.

Conclusiones: Los mecanismos que producen este tipo de hemorragias pueden ser múltiples. Puede deberse a la incompetencia o falta de válvulas en el sistema venoso de la cabeza y cuello. Esto hace que la presión torácica y abdominal se transmita de forma directa a la cabeza. La elevación brusca de la presión venosa produce descompensación en el lecho capilar retiniano venoso dando lugar a hemorragia sublimitante interna, subhialoidea y vítrea. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico evitando la toxicidad hemática sobre los fotorreceptores.

CPCC077

RETINOPATÍA POR COBIMETINIB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina BILBAO MALAVÉ, M.^a Concepción GUIRAO NAVARRO, Gianfranco CIUFO, Elsa GÁNDARA RODRÍGUEZ DE CAMPOAMOR, Ángel SALINAS ALAMÁN

Introducción: El Cobimetinib es un fármaco aprobado para el tratamiento del melanoma metastásico, en combinación con Vemurafenib, en pacientes con mutación BRAF, que actúa como inhibidor de las proteínas quinasas reguladoras de la señal extracelular (MEK), que forman parte de la vía de las proteínas quinasas activadas por mitógeno (MAPK). Los inhibidores de MEK se han asociado a varios eventos adversos oftalmológicos, entre los que se encuentra, un tipo de retinopatía que se asemeja a la coriorretinopatía serosa central. Sin embargo, al ser una terapia emergente, en el momento actual, han sido muy pocos los casos de retinopatía por Cobimetinib descritos en la literatura.

Caso Clínico: Describimos el caso de un paciente varón de 58 años de edad, diabético controlado, sin antecedentes oftalmológicos y asintomático, diagnosticado de melanoma cutáneo cervical con metástasis pulmonar y mutación BRAF, en tratamiento con Vemurafenib y Cobimetinib. Al examen oftalmológico la mejor agudeza visual corregida fue de 1,0 en ambos ojos y la evaluación del segmento anterior con lámpara de hendidura fue normal. Sin embargo, en el examen del polo posterior se evidenciaron alteraciones en la región macular de ambos ojos, y la tomografía óptica de coherencia de dominio espectral reveló la presencia de un desprendimiento del neuroepitelio retiniano macular en ambos ojos, con presencia de líquido subretiniano. La autofluorescencia puso de manifiesto depósitos hiperfluorescentes en el centro de la mácula de ambos ojos, con un nivel de depósito.

Conclusiones: La combinación de inhibidores MEK y BRAF constituyen actualmente el tratamiento estándar del melanoma cutáneo diseminado, por lo que cada vez más pacientes y médicos se enfrentarán a este tipo de retinopatía, lo que hace necesario conocer su comportamiento, así como la unificación de una estrategia de manejo para mantener un adecuado control de estos pacientes, evitando suspensiones innecesarias del tratamiento oncológico.

CPCC078

RETINOPATÍA DREPANOCÍTICA PROLIFERATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz CASTAÑO MARTÍN, Jesús V. ORTIZ DEL CASTILLO, M.^a Julia MARTÍNEZ

Introducción: La anemia falciforme es la enfermedad genética más frecuente a nivel mundial. Se caracteriza por un transporte de oxígeno deficiente con episodios vaso-oclusivos recurrentes. La complicación más frecuente que amenaza la visión es la retinopatía proliferativa. El tratamiento de la retinopatía drepanocítica proliferativa (RDP) todavía es controvertido y depende del estadio de la retinopatía.

Caso clínico: Una mujer de 42 años, originaria de Nigeria, se presentó en urgencias con pérdida de agudeza visual de 6 meses de evolución. No presentaba antecedentes oftalmológicos de interés, mientras que su historia médica incluía anemia.

A la presentación, su agudeza visual era 0.3 en ojo derecho y 0.9 en ojo izquierdo, la presión intraocular fue 12 mmHg, el examen del segmento anterior no mostró alteraciones. La funduscopia reveló hemorragia vítrea en ojo derecho (estadio IV de la RDP), y neovasos temporales en ojo izquierdo.

La paciente fue remitida al servicio de hematología para estudio de la anemia, siendo diagnosticada de hemoglobinopatía drepanocítica doble heterocigota tipo SC. La angiografía con fluoresceína fue realizada para evaluar la extensión de la retinopatía, confirmando fuga desde la neovascularización en abanico de mar, con isquemia en la periferia. La ecografía no mostró desprendimiento de retina asociado.

Debido al tiempo de evolución, se realizó vitrectomía pars plana y panfotocoagulación con endolaser en el ojo derecho y panfotocoagulación del ojo izquierdo. Dos meses después, su agudeza visual es 0.9 en ambos ojos y no ha habido recurrencia de la neovascularización ni se ha observado ninguna complicación.

Conclusiones: La fotocoagulación es el pilar de tratamiento de la RDP, es considerada eficaz y segura para prevenir la progresión. La vitrectomía es usada para mejorar la agudeza visual y aumentar la visualización de la retina. El ranibizumab intravítreo podría ser una alternativa en pacientes donde es posible el seguimiento.

CPCC079

¿LEUCEMIA?: “MÍRALE LOS OJOS”

Irene del CERRO PEREZ, Gustavo H. ALAN PEINADO, M.^a Jesús APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS

Introducción: Las leucemias son neoplasias caracterizadas por la proliferación clonal de precursores mieloides y linfoides con diferentes grados de diferenciación celular según se trate de leucemias agudas o crónicas. La afectación ocular en la leucemia es frecuente pudiendo aparecer en un 80-90% de los pacientes en algún momento de la enfermedad y con diversas expresiones incluyendo la endoftalmitis. Las zonas de mayor afectación intraocular son coroides y retina. Presentamos un caso de retinopatía leucémica.

Caso Clínico: Paciente varón de 80 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y leucemia linfocítica crónica en tratamiento con quimioterapia que acude a consulta de oftalmología para valoración de su diabetes. En el momento del diagnóstico presenta mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0.9 ambos ojos (AO). En el fondo de ojo se observa hemorragias profundas en los 4 cuadrantes y en llama peripapilares. Se realiza retinografía y tomografía de coherencia óptica y es diagnosticado de retinopatía leucémica. Un mes después es ingresado por parte de hematología por descompensación de su leucemia que cursó con vértigo, hipoacusia y disminución de agudeza visual en AO. A la exploración oftalmológica presenta MAVC 0.4 OD, 0.1 OI. Fondo de ojo: hemorragias intraretinianas y manchas de Roth en AO, con hemovitreo en ojo izquierdo. Tras estudio con angiografía fluoresceíngica decidimos realizar panfotocoagulación de AO. En la última revisión, cinco años después, no presentaba lesiones intraretinianas y la MAVC es de 0.3 en OD y 0.1 en OI.

Conclusiones: Es importante entender la fisiopatología de las manifestaciones oculares leucémicas para diferenciar la tipo leucémica de otras retinopatías, como es la diabética o incluso de las trombosis venosas. Los pacientes con leucemia deben ser revisados por el oftalmólogo tanto en la enfermedad activa como en las remisiones ya que existe una relación directa entre el grado de afectación ocular con el grado de afectación.

CPCC080

COLOBOMA RETINOCOROIDEO: ESTUDIO MEDIANTE RETINOGRAFÍA, ECOGRAFÍA, ANGIOGRAFÍA FLUORESCÉINICA, OCT, ANGIOGRAFÍA-OCT Y CAMPO VISUAL A

PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo CLEMENTE TOMÁS, Delia HERNÁNDEZ PÉREZ, Raúl TORRECILLAS PICAZO, Elena ÁVILA MARRÓN, John P. LISCOMBE SEPÚLVEDA, Vanesa OSORIO ALAYO

Introducción: presentamos el caso de un coloboma retinocoroideo en el ojo izquierdo de un varón sano de 32 años diagnosticado en revisión rutinaria. El paciente fue estudiado mediante retinografía, angiografía fluoresceínica, tomografía de coherencia óptica (OCT), angiografía-OCT, ecografía modo B y campo visual.

Caso clínico: la agudeza visual mejor corregida del paciente era de 10/10 en ambos ojos. El polo anterior era normal.

En la funduscopia se objetivó un coloboma retinocoroideo grado 3 Ida Manns de 10 diámetros papilares de longitud y 8 de anchura. Presentaba un borde hiperpigmentado y una superficie color blanco marfil recorrida por vasos retinianos rudimentarios.

En la OCT se observó una terminación abrupta de la retina y coroides quedando una banda de tejido retiniano hipoplásico que recorre la superficie de la lesión en su disposición ectásica.

En la angiografía fluoresceínica se evidenció hipofluorescencia de la cavidad ectásica con refuerzo de colorante en los bordes de la lesión. En la angiografía-OCT se objetivó una terminación abrupta de la vascularización retiniana en la zona colobomatosa con vascularización circundante normal.

En el estudio ecográfico se obtuvo una profundidad colobomatosa de 5.5 mm y una excavación relativa del coloboma de 0.24.

En el campo visual periférico se objetivó un escotoma temporal superior en el ojo afecto.

Conclusiones: el coloboma retinocoroideo es la ausencia de retina y coroides por cierre inadecuado de la fisura óptica durante el desarrollo embrionario. Está relacionado con un aumento del riesgo de desprendimiento de retina respecto a la población general, sobre todo si la excavación relativa es >0.15 . Nuestro paciente presentaba un coloboma de grandes dimensiones con una excavación relativa de 0.24, pero sin desprendimiento de retina ni desgarros asociados. Por ello decidimos mantener una actitud conservadora con controles periódicos.

CPCC081

OCCLUSIÓN DE VENA CENTRAL DE LA RETINA DE ORIGEN ATÍPICO

José COÍN RUIZ, María ATENCIA BALLESTEROS, Ana S. DELGADO FERNÁNDEZ

Introducción: La oclusión venosa de la retina es, tras la retinopatía diabética, la causa más frecuente de pérdida de agudeza visual de origen vascular retiniano. Presentamos un caso atípico de esta entidad.

Caso clínico: Paciente varón de 36 años de edad que marzo de 2016 por pérdida de agudeza visual de forma súbita en ojo izquierdo. En el momento de la consulta se encontraba en tratamiento por mediastinitis fibrosante, por el servicio de Neumología del hospital. Dudosa Aspergillosis mediastínica (biopsia cutánea positiva para Aspergillus). Diagnosticado de síndrome antifosfolípido.

Exploración oftalmológica:

Mejor agudeza visual corregida: ojo derecho: 0.7; ojo izquierdo: 0.250.

Pupilas isocóricas y normorreactivas.

Presión intraocular: 13 y 15 mmHg.

Biomicroscopía: segmento anterior normal en ambos ojos.

Estudio fondo de ojo: ojo derecho compatible con la normalidad; ojo izquierdo: imagen de trombosis de vena central de la retina, con presencia de abundantes exudados algodonosos y edema macular.

Se realizan imágenes de retinografía y de tomografía de coherencia óptica.

Se decide vigilancia del paciente, continuar su tratamiento sistémico frente a la aspergilosis sin ningún tipo de tratamiento oftalmológico ni antiagregación dada la inestabilidad hemodinámica que presentaba por hemoptisis severas, y en las sucesivas visitas se constata recuperación del aspecto funduscópico, perfil foveal y agudeza visual, al mismo tiempo que se recupera de su enfermedad de base.

Conclusiones: Aspergillus es el segundo agente micótico, tras Cándida, responsable de patología ocular. Puede provocar desde afectación de segmento anterior a endoftalmitis, con coriorretinitis y vitritis densa. Además, las especies de Aspergillus son propensas a invadir vasos sanguíneos, produciendo trombosis vascular y necrosis retiniana.

CPCC082

RESPUESTA A DORZOLAMIDA TÓPICA EN PACIENTE CON RETINOSQUISIS FOVEAL LIGADA A CROMOSOMA X

Javier CRESPO GONZÁLEZ, Antonio GALLEGO TORRES, Antonia GÁMEZ PALOMARES

Introducción: La retinosquisis foveal ligada al cromosoma X (XRLS) fue descrita inicialmente por Haas en 1898, tiene una prevalencia de entre 1:15000 a 1:30000 y es especialmente frecuente en Finlandia. La herencia es recesiva ligada al cromosoma X y la enfermedad es causada por alteración en la producción de la retinosquisina, una proteína que se encarga de facilitar la adhesión celular y la interacción de las células de la capa nuclear interna de la retina, además de facilitar la sinapsis entre las células bipolares y los fotorreceptores. La enfermedad se manifiesta con quistes a nivel macular desde la primera década de vida, con agudeza visual limitada. A veces también aparecen retinosquisis periféricas que se asocian a desprendimientos de retina y hemorragia vítrea. El uso de inhibidores de la anhidrasa carbónica (IAC) como dorzolamida se ha demostrado útil en la disminución del tamaño de los quistes maculares en estos pacientes, consiguiéndose en algunos casos también mejoría de la agudeza visual (AV).

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 4 años con hipermetropía elevada y estrabismo que es tratado con oclusiones, con mejor agudeza visual (AV) corregida de 2/10 en ojo derecho (OD) y 7/10 en ojo izquierdo (OI). Ante el diagnóstico de la enfermedad en su hermano mayor se realiza estudio con tomografía de coherencia óptica (OCT), que demuestra la existencia de quistes maculares en ambos ojos (AO)

Se decidió inicio de tratamiento con dorzolamida tópica en AO y se confirmó una disminución moderada de la altitud máxima de los quistes maculares en OCT, sin encontrarse una mejoría de la AV.

Conclusiones: Los casos de XRLS suelen evolucionar a la coalescencia de los quistes con la consiguiente atrofia macular. Es por ello que algunos autores recomiendan el uso de IAC en estos pacientes aunque no mejore la AV, con el fin de preservar la arquitectura retiniana el mayor tiempo posible, y así enlentecer la pérdida visual.

CPCC083

PSEUDORRETINOPATÍA DE PURTSCHER EN EMERGENCIA HIPERTENSIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco de Borja DOMÍNGUEZ SERRANO, Ana ALCÁNTARA SANTILLANA, Dolores SOSA DOMÍNGUEZ, Pedro MOLINA SOLANA, Rafael PEREA PÉREZ

Introducción: La retinopatía de Purtscher consiste en un cuadro de oclusión vascular y hemorragias retinianas secundario a traumatismo grave, craneal o torácico especialmente. Cuando este cuadro se debe a causas no traumática se conoce como Pseudoretinopatía de Purtscher (o Purtscher-like).

Caso clínico: Mujer de 16 años que presenta como antecedentes médicos hipertensión arterial debida a insuficiencia renal crónico grado II secundaria a nefropatía por reflujo vesicoureteral severo. No antecedentes oftalmológicos previos. En el contexto de una crisis hipertensiva, debuta con pérdida de agudeza visual indolora bilateral (AV: 0.6 ojo derecho y 0.1 ojo izquierdo). No hay hallazgos en la exploración del polo anterior y PIO en rangos normales. En el examen del fondo de ojo se aprecian grandes exudados algodonosos en polo posterior especialmente peripapilares, hemorragias por fuera de arcadas y estrella macular de forma bilateral. La papila óptica presenta bordes poco nítidos y engrosados, sugerentes de edema papilar.

Se realiza OCT de mácula que muestra edema macular quístico y desprendimiento del neuroepitelio en ambos ojos, más intenso en el ojo izquierdo. Igualmente se realiza OCT de papila que muestra engrosamiento difuso de la capa de fibras nerviosas en ambos nervios ópticos, hallazgos compatibles con la funduscopia. La Angio-OCT revela disminución de la densidad de la red capilar con zona avascular fóveal concordante con la edad.

En las sucesivas revisiones, y una vez controlada la tensión arterial, comienza a desaparecer los hallazgos en fondo de ojo y OCT, y a recuperar agudeza visual, hasta llegar a la resolución total en 3 meses.

Conclusiones: Cualquier enfermedad que produzca cuadros oclusivos microangiopáticos retinianos puede manifestarse como una retinopatía de Purtscher. Resolver la entidad nosológica subyacente, en los casos en los que sea posible, es la base para resolver el cuadro oftalmológico.

CPCC084

NUEVA ASOCIACIÓN FENOTÍPICA DE LA MUTACIÓN GLY208ASP DEL GEN PERIFERINA/RDS (PRPH2) CON LA DISTROFIA COROIDEA AREOLAR CENTRAL

Antonio DONATE TERCERO, Cristina BLANCO MARCHITE, Santiago PÉREZ PASCUAL, Carlos CAVA VALENCIANO, Francisco LÓPEZ MARTÍNEZ

Introducción: La distrofia coroidea areolar central (DCAC) es un trastorno hereditario retiniano en el que se produce una atrofia bien delimitada de coriocapilar y epitelio pigmentario retiniano (EPR) a nivel macular. Suele iniciarse entre los 30 y 60 años. La herencia suele ser autonómica dominante y está asociada a mutaciones en el gen de la perifera/RDS (PRPH2), localizado en el cromosoma 6. Se han codificado más de 70 mutaciones de este gen que se han correlacionado con diversos fenotipos retinianos, no sólo con la DCAC. Una de estas mutaciones, la Gly208Asp, había sido descrita antes en la literatura, asociada a una familia española afectada de retinosis pigmentaria con variabilidad clínica; no habiéndose asociado antes a la DCAC.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 52 años sin antecedentes de enfermedades hereditarias, que acude por pérdida progresiva de agudeza visual (AV) en su ojo derecho y escotoma central. La AV era de contar dedos en ojo derecho y 0,9 en su ojo izquierdo. En el fondo de ojo presentaba una importante placa de atrofia macular central bien delimitada en su ojo derecho; y una alteración del EPR macular con zonas hipopigmentadas en su ojo izquierdo. Se le realizó autofluorescencia y pruebas neurofisiológicas, confirmándose el diagnóstico de DCAC. El estudio genético detectó que el paciente era portador en heterocigosis de la mutación p.Gly208Asp en el exón 2 del gen PRPH2. Se le realizó el mismo estudio a su hija, siendo también portadora.

Conclusiones: La DCAC es un trastorno hereditario, generalmente autonómico dominante, con mal pronóstico visual, asociado a mutaciones en el gen que codifica la glicoproteína perifera, importante en mantener la estabilidad estructural de los discos externos de los fotorreceptores. La mutación p.Gly208Asp de este gen, puede asociarse a varios fenotipos, entre ellos, formas de retinosis pigmentaria, como las descritas en la literatura, y también a la DCAC, como en nuestro caso.

CPCC085

OCCLUSIONES ARTERIOLARES PERIFÉRICAS EN LA ANGIOFLUORESCENOGRAFÍA COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME DE SUSAC

Laura FERNÁNDEZ DÍAZ, José M. RUIZ LLAMES, Ladislao PÉREZ BELMONTE, Manuela E. COLUNGA CUEVA

Introducción: El Síndrome de Susac es una causa rara de oclusiones vasculares retinianas. Se trata de endoteliopatía organoespecífica autoinmune que cursa con la tríada característica de encefalopatía, oclusiones de las ramas arteriales retinianas y sordera neurosensorial.

Caso clínico: Varón de 37 años que ingresa por cuadro de alteración del comportamiento y piramidismo en miembros inferiores de un mes de evolución. En la resonancia magnética nuclear se objetivan imágenes isquémicas en cuerpo calloso sugestivas de Síndrome de Susac. Se solicita valoración oftalmológica, realizándose exploración completa en la que se hallan múltiples focos periféricos de cierre arteriolar en la angiofluoresceinografía (AFG), confirmándose así el diagnóstico. Las lesiones no afectaban a la agudeza visual ni al campo visual del paciente. Se inició tratamiento con dosis altas de corticoides, azatioprina y varios ciclos de inmunoglobulinas con muy buena respuesta, encontrándose asintomático desde el punto de vista neurológico. No se encontraron sin embargo modificaciones en los hallazgos de la AFG en el seguimiento del paciente a pesar del tratamiento. Tres meses después el paciente sufre dos episodios de acúfenos e hipoacusia neurosensorial demostrada mediante audiometría, completándose así la tríada característica de este raro síndrome.

Conclusiones: La exploración oftalmológica completa, incluyendo la angiografía con fluoresceína, es una herramienta fundamental en el diagnóstico de esta patología. Ante el hallazgo de oclusiones arteriolas periféricas en la AFG, el Síndrome de Susac debería encontrarse entre el diagnóstico diferencial, especialmente en aquellos pacientes con clínica neuro-psiquiátrica o sordera acompañante.

CPCC086

AGUJERO MACULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO TRATADO CON INJERTO DE MEMBRANA LIMITANTE

Sofía FERNÁNDEZ LARRIPA, M.^a Teresa PÉREZ ROCHE, Victoria PUEYO ROYO, Emilio ABECIA MARTÍNEZ, Arturo RODRÍGUEZ MARCO

Introducción: El autoinjerto de membrana limitante interna sobre agujeros maculares ha sido utilizado con éxito en pacientes adultos. Presentamos el caso de un niño en el que se logró mejoría visual y morfológica con esta técnica.

Caso clínico: Niño de 9 años remitido por baja visión en el ojo derecho detectada en una revisión rutinaria. No refiere antecedentes de interés.

La agudeza visual en el ojo derecho es de 0,05. Presenta un agujero macular de espesor completo, de 350 micras de separación de los bordes en su base. Se sospecha etiología traumática.

Se realizó vitrectomía pars plana 25G con pelado de membrana limitante interna e inyección de gas C3 F8. Esta cirugía no fue resolutive con una imagen persistente de agujero macular.

Cuatro meses más tarde se reintervino extrayendo un tapete de membrana limitante y posicionándolo sobre el agujero. Se inyectó gas C3F8 de nuevo.

La evolución morfológica fue favorable con cierre completo del agujero. La agudeza visual ha mejorado actualmente hasta 0,25. Sin embargo la pérdida de fotorreceptores es evidente en la imagen foveal de tomografía de coherencia óptica. Se ha intentado tratamiento con oclusiones del ojo izquierdo sin experimentar mejoría.

Conclusiones: La literatura actual es favorable al tratamiento con autoinjerto de membrana limitante de los agujeros maculares traumáticos, sobre el tratamiento clásico de vitrectomía más pelado de membrana. Así ocurrió en el caso presentado, que requirió injerto para el cierre del agujero. Los resultados visuales sin embargo parecen muy dependientes del grado de pérdida de fotorreceptores, por lo que el tiempo de evolución del agujero es importante para la recuperación.

CPCC087

UN CASO ATÍPICO DE SÍNDROME DE STICKLER

Raúl FERNÁNDEZ RAMÓN, Isora FOLLANA NEIRA

Introducción: El síndrome de Stickler constituye un trastorno del tejido conectivo caracterizado por una producción anormal de colágeno. Cursa con manifestaciones sistémicas (anormalidades orofaciales, auditivas y musculoesqueléticas) que pueden asociarse con afectación oftalmológica (anormalidades vítreas, megaoftalmos congénito, degeneraciones retinianas peivasculares radiales o desprendimiento de retina).

Caso clínico: Varón de 19 años con antecedentes de alergia a ácaro y epitelio de perros, asma bronquial, hipoacusia neurosensorial del oído izquierdo, fractura de muñeca derecha traumática en 2010, queratocono incipiente y degeneraciones y desgarros retinianos bilaterales que precisaron laserterapia en 2011. Presenta cuadros repetidos de 2-3 días de duración de cefalea con febrícula de hasta 37 °C y dolor abdominal en los últimos 3 años.

En la exploración física presenta un pectus carinatum, asimetría mamilar, puente nasal bajo y una discreta hipoplasia mandibular. A nivel oftalmológico, destacan degeneraciones en empalizada en 360° de retina periférica y algunos desgarros retinianos rodeadas por impactos de láser pigmentados.

La detección de una mutación en el gen COL11A2 confirmó un Síndrome de Stickler tipo III.

Conclusiones: Existen cuatro variantes fenotípicas del Síndrome de Stickler que dependen del gen afecto. De forma excepcional, nuestro paciente porta la mutación que corresponde al único tipo que no cursa con afectación oftalmológica.

CPCC088

HEMANGIOMA CAPILAR RETINIANO YUXTAPAPILAR TRATADO CON ANTI-VEGF

Paula FERRER PASTOR, Esther ESCRIVÁ PASTOR

Introducción: El hemangioma capilar retiniano (HCR) es un tumor vascular de la retina infrecuente, que tiene como principal manifestación clínica la pérdida de agudeza visual por exudación o desprendimiento de retina. Ocasionalmente puede producirse aislado, aunque el 50% de los pacientes con lesiones solitarias y prácticamente todos los pacientes con lesiones múltiples, tienen una enfermedad de Von Hippel Lindau asociada. El riesgo de padecer ésta disminuye según crece la edad del paciente diagnosticado de HCR.

Caso clínico: Mujer de 75 años que consulta por no mejoría de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) tras cirugía de catarata. En la anamnesis destaca que está en estudio en hematología por linfopenia y múltiples adenopatías. La AV es de 20/64. En el fondo de ojo se observa sínquis centelleante y una lesión tumoral yuxtapapilar de gran tamaño con edema y vitritis adyacente. La angiografía fluoresceínica muestra lesión con relleno rápido en fases precoces, y difusión del colorante a los tejidos vecinos en tiempos tardíos. Ante la sospecha de tumor vascular vs linfoma por el cuadro sistémico, se realiza vitrectomía diagnóstica, punción aspiración de una adenopatía y pruebas de imagen para descartar lesiones cerebrales o abdominales, todas negativas. Se decide poner una inyección intravítrea de anti-VEGF, con mejoría progresiva del edema y la AV. Al año de la inyección el tumor se mantiene estable, y la AV ha mejorado a 20/20.

Conclusiones: El HCR yuxtapapilar tiene unas consideraciones terapéuticas diferentes a las lesiones periféricas. Este tumor suele permanecer estable, por lo que sólo se recomienda tratamiento en casos de pérdida visual o progresión. En nuestro caso una única inyección de anti-VEGF consiguió reducir la inflamación y recuperar la AV. Inicialmente nos planteamos el diagnóstico diferencial con el linfoma por las características de la lesión y la clínica sistémica compatible.

CPCC089

EXUDADO ALGODONOSO VS HAMARTOMA ASTROCÍTICO RETINIANO: UTILIDAD DE ANGIO-OCT

Carlota FUENTE GARCÍA, Federico PERALTA ITURBURU, Diego RUIZ CASAS

Paciente femenina de 60 años acude al Servicio de Urgencias refiriendo fotopsias y escotoma paracentral en campo visual de ojo izquierdo de dos semanas de evolución, de inicio súbito y sin progresión. No refiere antecedentes patológicos familiares ni personales, ni uso de medicación alguna.

La exploración oftalmológica en primera visita reveló: Agudeza Visual mejor coregida (AVMC) OD 20/25; OI 20/20. Pupilas isocórica, normoreactivas. Segmento anterior dentro de normalidad. Presión Intraocular AO 16 mmHg. Fundoscopia: OD: sin alteraciones OI: presencia de lesión blanquecina de bordes nítidos, sobreelevada de 1 DD, yuxtapapilar a nivel de haz papilomacular.

El diagnóstico diferencial inicial incluye Hamartoma Astrocítico, oclusión de arteria cilioretiniana y exudado algodonoso. Se procede con pruebas de gabinete, Ojo Izquierdo: OCT: lesión sobreelevada/masa hiper-reflectiva que compromete capas internas de la retina. Angiografía Fluoresceínica (AGF): Hipofluorescencia a nivel de lesión por efecto de masa (pantalla) con isquemia perilesional. Angio-OCT: defecto hiporeflexivo por efecto de masa.

Se descarta diagnóstico de Hamartoma astrocítico por ausencia de calcificaciones y presencia de isquemia. Ante sospecha de origen vascular de la lesión, procedemos con estudio sistémico para descartar causas isquémicas, embólicas, infecciosas, tóxicos, neoplásicas y enfermedades del colágeno inmuno-mediadas; sin evidencia de patología sistémica. Dos semanas posteriores se realiza campimetría estática, sin presencia de escotoma.

En el caso de nuestra paciente, la presencia de áreas de isquemia en la AGF, no escotoma residual, no pérdida de agudeza visual, junto con la resolución espontánea del cuadro en 8 semanas, sin hallazgo de causa etiológica, orientó al diagnóstico de exudado algodonoso idiopático.

CPCC090

FOSETA PAPILAR CON DESPRENDIMIENTO SEROSO: EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA

Karla P. GONZALES FARRO, Pablo GILI MANZANARO, Hugo SANTIAGO BALSERA, Elena ESCOBAR MARTÍN, Mercedes LEAL GONZÁLEZ, Cistina del PRADO SÁNCHEZ

Introducción: La foseta papilar es una rara anomalía congénita que se presenta como un defecto ovalado grisáceo habitualmente temporal. Se asocia a desprendimiento macular seroso en el 50% de los casos. Las alternativas de tratamiento incluyen la observación, fotocoagulación con láser y vitrectomía. Aunque la resolución espontánea está descrita en la literatura en el 25% de los casos, el tiempo de evolución es determinante para la agudeza visual final. Presentamos el caso de una niña con desprendimiento seroso asociado a foseta papilar con resolución espontánea, con un seguimiento de 18 meses.

Caso Clínico: Niña 7 años, acude por disminución de su agudeza visual en ojo derecho (AV=0,5) por presencia de desprendimiento seroso macular asociado a foseta papilar temporal. La OCT mostraba un desprendimiento neurosensorial nasal superior que alcanza fóvea, con presencia de zonas de retinosquisis.

A los tres meses del inicio del cuadro persistía el desprendimiento seroso macular. Planteamos las alternativas terapéuticas, y ante las dificultades y complicaciones asociadas a la cirugía vitreorretiniana en niños, optamos por la observación. La paciente experimentó una mejoría progresiva mostrando una desaparición del líquido seroso macular con una mejoría de agudeza visual (AV=0,9) tras 18 meses de seguimiento.

Conclusiones: La foseta papilar es una malformación que puede asociar desprendimiento seroso en el 50% de los casos. La observación es una alternativa a considerar especialmente en niños, en los que el tratamiento con láser, el posicionamiento y las complicaciones de la cirugía vitreorretiniana plantean más dificultades que en los adultos.

CPCC091

NUEVA TÉCNICA DE BIOPSIA PARA LAS TUMORACIONES DE POLO POSTERIOR

Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE, M.^a José DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, Antonio ARIAS PALOMERO, Javier CELIS SÁNCHEZ, Edgar INFANTES MOLINA, Trinidad INFANTE LEÓN

Propósito: Se propone una nueva cirugía para poder extraer una pieza anatómica de las tumoraciones del polo posterior que hasta la fecha han tenido importantes limitaciones técnicas en su acceso quirúrgico.

Método: Varón de 53 años con tumoración melánica del polo posterior tratada previamente con termoterapia transpupilar y braquiterapia. Un año atrás sufre una hemorragia vítrea y es vitrectomizado. Se evidencia entonces recrecimiento tumoral. Como hasta la fecha no se había tenido confirmación histológica de la naturaleza del tumor, se decide realizar una biopsia. Mediante vitrectomía pars plana de 23G se realiza lensectomía respetando la cápsula anterior y cirugía bimanual para la toma de una pieza anatómica usando una esclerotomía de 20G en el lecho de un tapete escleral. Por la ventana escleral ampliada se extrae directamente el tejido biopsiado para su estudio, de la misma forma que se extraería un cuerpo extraño intraocular. Se completa la cirugía con laserterapia y crioterapia e intercambio final con aceite de silicona.

Resultados: Se consigue extraer una muestra de tejido tumoral de 0,4 cm. El análisis histológico diagnosticó un melanoma fusocelular. Se hicieron estudios citoquímicos.

Conclusiones: La posibilidad de extraer una pieza anatómica de un tumor del polo posterior del ojo puede ofrecer nuevas posibilidades a la hora de confirmar un diagnóstico o validar un tratamiento. La nueva técnica que se propone puede tener muchas ventajas y mayor rentabilidad diagnóstica que el análisis citológico.

CPCC092

DIAGNÓSTICO COMPLICADO Y MANEJO DE UN CASO DE VASCULOPATÍA PSEUDO-COATS

Cristina HERNANDO HERNÁNDEZ, M.^a Aurora MURIEL HERRERO, Francisco CLEMENT FERNÁNDEZ, Diego CELDRÁN VIVANCOS, Antonio JIMÉNEZ ORTIZ

Introducción: La retinosis pigmentaria engloba un grupo de trastornos hereditarios caracterizados por anomalías en los fotorreceptores, junto con atrofia retiniana y pérdida de campo visual. Se ha descrito una asociación poco frecuente con una vasculopatía periférica pseudo-coats en el 3.6% de los pacientes.

Caso Clínico: Hombre de 51 años, como antecedentes oftalmológicos: pseudofaquia ambos ojos, diagnóstico previo de retinosis pigmentaria, y amaurosis de ojo izquierdo secundario a un desprendimiento de retina. Presenta pérdida de agudeza visual en su ojo derecho (0.25). La exploración del fondo de ojo en midriasis fue dificultada debido a una pupila miótica secundaria a sinequias iridianas posteriores. Se objetivó un desprendimiento de retina inferior mácula-on por lo que se programó cirugía. Intraoperatoriamente se vieron nuevos hallazgos: exudados lipídicos, vasos periféricos telangiectásicos y un desprendimiento de retina seroso en el cuadrante temporal-inferior. Se consideró una vasculopatía pseudo-coats como diagnóstico más probable, por lo que la cirugía se completó con crioterapia en las áreas afectadas. Tras la cirugía se confirmó el diagnóstico con angiografía con fluoresceína, OCT y ecografía. Tres meses tras la cirugía se observó un desprendimiento de retina seroso recurrente, por lo que se implantó un dispositivo Ozurdex y se realizaron cuatro sesiones consecutivas de fotocoagulación con láser Pascal. No ha mostrado recidivas tras un seguimiento de quince meses.

Conclusiones: El diagnóstico inicial puede suponer un reto. El tumor vasoproliferativo es el principal diagnóstico diferencial. El tratamiento Gold-standard consiste en ablación con fotocoagulación o crioterapia del área con anomalías microvasculares. En los casos con exudación lipídica llamativa o desprendimiento seroso, tanto los anti-VEGF como los corticoides han demostrado ser una terapia adyuvante eficaz a la hora de reducir el líquido subretiniano previo a la ablación retiniana.

CPCC093

HIALOIDOTOMÍA POSTERIOR ND: YAG FRENTE A ACTITUD EXPECTANTE EN HEMORRAGIAS SUBHIALOIDEAS MACULARES

Adriana de la HOZ POLO, Rafael MONTEJANO MILNER, Jesús GARCÍA MARTÍNEZ, Irene de la ROSA PÉREZ, Isabel VILLALAÍN RODES, Blanca ZAFRA AGRAZ

Introducción: Las hemorragias subhialoideas maculares cursan con una pérdida súbita de agudeza visual (AV). Sus causas son diversas, pudiendo ser de origen traumático, asociadas a retinopatía diabética proliferativa, Valsalva, síndrome de Terson o de causa idiopática. Su manejo puede limitarse a la observación o hacer uso de otras modalidades terapéuticas entre las que se encuentra la hialoidotomía posterior con láser Nd:YAG.

Caso Clínico: Se trata de una serie de casos retrospectivo llevado a cabo entre los meses de enero y junio de 2017 en un Hospital terciario. Se presentan los casos de cuatro pacientes de sexo femenino y edades comprendidas entre los 24 y 32 años que acudieron al servicio de Urgencias por disminución de AV. Se evaluó la agudeza visual (AV), biomicroscopía (BMC), presión intraocular (PIO) y funduscopia (FO). Se realizaron retinografías y tomografía de coherencia óptica (OCT) al diagnóstico y en controles sucesivos. La AV oscilaba entre visión de movimiento de manos y 1/6, y el polo anterior y PIO fueron normales. El FO reveló sendas hemorragias subhialoideas premaculares. Solamente un caso pudo asociarse a maniobra de Valsalva, siendo el resto espontáneas. Se descartó la toma de medicación antiagregante, coagulopatías u otras patologías sistémicas. En tres de las pacientes se realizó una hialoidotomía con láser Nd:YAG: una al diagnóstico y dos a la semana, no lográndose la perforación completa en una de éstas. La recuperación visual fue completa en todas las pacientes, sometidas o no a hialoidotomía, aunque significativamente más rápida en las intervenidas.

Conclusiones: La membranotomía láser Nd:YAG es una técnica eficaz, coste efectiva y no invasiva útil en el manejo de hemorragias subhialoideas. Las escasas complicaciones y clara aceleración de la recuperación visual la convierten en una buena alternativa frente a la actitud expectante.

CPCC094

CRIOTERAPIA Y BEVACIZUMAB COMO TRATAMIENTO DE TUMOR RETINIANO VASOPROLIFERATIVO

Naon KIM, Juan FERREIRO LÓPEZ, Cristina del PRADO SÁNCHEZ, Josefina BAÑUELOS BAÑUELOS

Introducción: El tumor retiniano vasoproliferativo se caracteriza por ser una lesión solitaria de coloración sonrosada, con vasos tortuosos y dilatados y que puede estar acompañada de hemorragias intrarretinianas y exudación. Pueden ser idiopáticos o bien secundarios a otras patologías retinianas (uveítis, retinitis pigmentosa, retinitis de células falciformes..). Aunque son de naturaleza benigna pueden afectar a la agudeza visual (hemorragia intraocular, edema macular, desprendimiento retina exudativo..).

Presentamos el caso de un tumor vasoproliferativo idiopático y su evolución.

Caso clínico: Mujer de 46 años sin antecedentes de interés acude a consultas ambulatorias por miodesopsias en ambos ojos desde hace más de un año. La agudeza visual con su corrección era de 0.8 para ambos ojos. En la funduscopia del ojo izquierdo se evidenció un tumor vasoproliferativo en retina temporal superior rodeado de exudación lipídica, hemorragias y desprendimiento seroso de la retina. Durante el seguimiento al evidenciarse progresión del desprendimiento seroso se planteó tratamiento terapéutico. Al tratarse de un tumor de pequeño tamaño (2-3 mm de altura medido por ecografía) se decidió tratamiento con dos sesiones de crioterapia combinado con inyecciones intravítreas de antiVEGF (bevacizumab). Tras 9 semanas de seguimiento, se evidenció fibrosis de la lesión, así como la desaparición casi completa del líquido subretiniano, sin otras complicaciones añadidas.

Conclusiones: Los tumores retinianos vasoproliferativos son lesiones poco frecuentes para los cuales no hay un tratamiento establecido, es por ello que se han propuestos diversas estrategias terapéuticas: desde la observación, crioterapia para los más pequeños, fotocoagulación láser, braquiterapia y eventualmente vitrectomía. Aunque son necesarios más estudios, cada vez los agentes antiVEGF intravítreos se perfilan como una herramienta eficaz como tratamiento adyuvante en estas lesiones.

CPCC095

HEMANGIOMA RACEMOSO RETINIANO: REPORTE DE UN CASO

Julián LAÍNEZ VILLA, Rosario ANDERSEN PÉREZ, Francisco ÁNGEL MORILLA

Introducción: La hemangiomatosis racemosa retiniana representa una rara patología no hereditaria, congénita, caracterizada por malformaciones arteriovenosas retinianas ipsilaterales (MAVs). Las MAVs se presentan como vasos dilatados y tortuosos de distinto tamaño y severidad. Se conoce también como síndrome de Wyburn-Mason, prefiriéndose este término para aquellos casos en los que coexisten comunicaciones arteriovenosas a nivel cerebral con las retinianas. En casos más raros, las MAVs pueden encontrarse en piel, riñones, huesos y músculos. Las MAVs retinianas aisladas son compatibles con buena visión y pueden ser asintomáticas. No obstante, pérdidas severas de visión pueden ocurrir debido a varias complicaciones, como oclusión venosa retiniana, isquemia macular o glaucoma neovascular.

Caso clínico: Se presenta el caso de un niño de 14 años que acude al servicio de urgencias por cefalea difusa de 20 días de evolución. Como único antecedente de interés consta hipermetropía. En el examen oftalmológico, la mejor agudeza visual corregida es de 20/20 en ambos ojos. La biomicroscopía de segmento anterior no muestra alteraciones. En el examen de fondo de ojo aparece una severa dilatación y tortuosidad de vasos que se extiende desde el disco óptico en ojo izquierdo, siendo el derecho normal. La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral mostraba varios grandes vasos retinianos internos que creaban una prominente sombra de artefacto. La retina estaba engrosada de forma irregular en el área de distorsión vascular. En la angiografía fluoresceínica no se encuentran zonas de hipofluorescencia. La resonancia magnética de cráneo y órbita no muestra malformación vascular intracerebral ni intraorbitaria. Por último, la exploración neurológica fue normal.

Conclusiones: Las MAVs retinianas constituyen una patología relativamente no progresiva, pero el seguimiento a largo plazo es recomendable. No se aconseja tratamiento a menos que aparezcan complicaciones.

CPCC096

DEBUT OCULAR DEL SÍNDROME DE EHLERS DANLOS

Alicia LÓPEZ DE EGUILLETA RODRÍGUEZ, Isora FOLLANA NEIRA, Rosalia DEMETRIO PABLO, Izaro SÁNCHEZ

Introducción: El síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo. Se caracterizan por hiperextensibilidad, fragilidad cutánea, hemorragias recurrentes por fragilidad vascular y deformidad articular secundaria. La afectación ocular es poco frecuente; siendo más prevalente en el subtipo VI el cual se caracteriza por escoliosis marcada, afectación vascular y cardíaca y patología ocular (queratocono, miopía, adelgazamiento escleral, subluxación del cristalino, hemorragias intraoculares y desprendimiento de retina (DR)). Presentamos un caso con debut ocular.

Caso clínico: Niña de 10 años que acudió al servicio de urgencias por pérdida de agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD).

Como antecedentes familiares, la madre tenía un déficit parcial de alfa-1 antitripsina y una tía falleció en la infancia por una cardiopatía de causa no filiada.

La exploración reveló una AV del OD de movimiento de manos a 30cm, y en el fondo de ojo se apreciaba un DR inferior y hemovitreo. Fue operada mediante vitrectomía, cerclaje y endoláser.

En la revisión anual, la exploración del OD fue normal. En el OI en el fondo de ojo se apreció un DR seroso nasal, que se trató con cerclaje + laser 360°.

La exploración física reveló una talla de 144cm, hábito asténico 28 kg, no marfanoide; dentición retrasada, hiperlaxitud generalizada, hematomas en extremidades y asimetría en pabellones auriculares.

Se sospechó de un síndrome de hiperlaxitud con repercusión ocular. Se solicitó coagulación y bioquímica en sangre con proteínas, estudio cardiológico y estudio genético, el cual fue positivo para EDS.

Conclusiones: Hasta la fecha existen pocos casos de DR en pacientes con ESD, siendo la mayoría tratados con cirugía convencional dada la fragilidad escleral asociada. Este es un caso atípico debido a la baja frecuencia de debut ocular en ESD y dado el tipo de presentación clínica (DR seroso bilateral).

CPCC097

OCCLUSIÓN DE ARTERIA CILIORRETINIANA EN VARÓN JOVEN. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO SISTÉMICO ANTE ESTAS MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS

Verónica LORENZO MORALES, Daniel RAMOS GONZÁLEZ, Ana M.^a SÁNCHEZ-JARA SÁNCHEZ

Introducción: Las arterias ciliarretinianas proceden de las arterias ciliares cortas posteriores. Están presentes en el 30% de los ojos normales.

Puede presentarse una obstrucción de arteria ciliarretiniana de forma aislada o asociada a una trombosis de vena central de la retina o en el contexto de una neuropatía óptica isquémica anterior.

Caso clínico: Varón de 40 años que acude a urgencias por disminución de la agudeza visual (A.V.) del ojo derecho de 3 días de evolución. Como único antecedente de interés era fumador de 2 paquetes de cigarrillos al día.

En la exploración la A.V. era de 0,1 que no mejoraba con agujero estenopeico. La biomicroscopía era normal y en el fondo de ojo se apreciaba un área de edema en la región correspondiente al haz papilomacular.

En la angiofluoresceingrafía se observaba un stop a nivel de la arteria ciliarretiniana. Se inició tratamiento con nepafenaco y timolol 0,5% tópicos y se solicitó estudio completo de factores de riesgo cardiovascular. En ellos se vio que el paciente presentaba cifras de tensión arterial por encima de 170/120, niveles muy elevados tanto de colesterol LDL y triglicéridos y un índice de masa corporal mayor de 30. Ante lo cual se pusieron las medidas oportunas para el control de todos estos factores de riesgo.

En lo referente a la evolución del cuadro oftalmológico a las 4 semanas el edema había desaparecido prácticamente por completo y la A.V. era de 0,9. Como única alteración a señalar persistía un pequeño escotoma que no impedía al paciente realizar vida normal.

Conclusiones: Es muy importante realizar estudios sistémicos ante determinadas alteraciones oftalmológicas y no sólo quedarnos en lo superficial y asumir que se debe a un único factor de riesgo ya conocido (en nuestro caso el tabaquismo) porque gracias a un estudio pormenorizado podemos evitar, poniendo medidas adecuadas, problemas mayores a estos pacientes.

CPCC098

VITREOLISIS NEUMÁTICA EN UN CASO DE TRACCIÓN VÍTREO-MACULAR CON AGUJERO MACULAR

Belén MALLO MUÑIZ, Santiago GARCÍA DE ARRIBA

Introducción: Las tracciones vítreo-maculares se producen por una separación incompleta entre la hialoides posterior y la mácula en el contexto de un desprendimiento posterior de vítreo (DPV). Estas tracciones se asocian frecuentemente a agujeros maculares. La OCT nos ayuda en el diagnóstico y en la toma de decisiones terapéuticas. Un pequeño porcentaje de agujeros maculares se resuelven de forma espontánea pero la mayoría precisan tratamiento. En el caso de tracciones vítreo-maculares pequeñas, la inyección de SF6 ó C3F8 intravítreo puede favorecer el DPV completo y el cierre del agujero.

Presentamos un caso de tracción vítreo-macular con agujero macular que se resolvió tras inyección de SF6 intravítreo y medidas posturales. Aportamos las OCTs que muestran la evolución del proceso.

Caso clínico: Mujer de 62 años que consultó por visión borrosa y metamorfopsia en ojo derecho. La AV en ese ojo era de 0.5 y en ojo izquierdo de 1. En el fondo de ojo derecho encontramos una alteración macular oval. En el test de Watzke-Allen la paciente refería estrechamiento de la hendidura. La OCT mostró en ojo derecho una tracción vítreo macular acompañada de un agujero macular estadio 2B.

Se decide inyección de SF6 intravítreo en ojo derecho con posición en prono de la cabeza. La tracción se resolvió y el agujero macular se cerró recuperando la paciente su agudeza visual inicial.

Conclusiones: En agujeros maculares de pequeño tamaño, con tracción vítreo macular pequeña, la inyección de gas intravítreo (SF6 ó C3F8) es una buena opción terapéutica. En todo caso, debemos de tener en cuenta esta opción antes de plantearnos otras más invasivas como puede ser la VPP con pelado de MLI.

CPCC099

ANGIOTOMOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS DESPRENDIMIENTOS DE EPITELIO PIGMENTARIO EN LA PAQUICOROIDOPATÍA

Ana C. MARTÍNEZ BORREGO, José L. SÁNCHEZ VICENTE, Fredy MOLINA SOCOLA, Cristina VITAL BERRAL, Antonio MEDINA TAPIA

Introducción: El término paquicoroidopatía fue introducido por primera vez por Warrow et al. en el año 2013 para describir una nueva entidad clínica caracterizada por diversas alteraciones del epitelio pigmentario sobre áreas de engrosamiento coroideo. Hoy día se incluyen una serie de enfermedades caracterizadas por un aumento en el grosor coroideo con dilatación y aumento de la permeabilidad de los vasos coroideos, como la epiteliopatía asociada a paquicoroides, la coroidopatía serosa central (CSC) y la neovasculopatía asociada a paquicoroides.

Casos Clínicos: Presentamos 3 pacientes con paquicoroidopatía que desarrollaron una neovascularización coroidea. Sólo en uno de ellos se asoció a una CSC. Todos ellos presentaron el típico desprendimiento plano e irregular del epitelio pigmentario de la retina asociado a una membrana neovascular tipo 1, perfectamente delimitada por la angiogramografía.

Los pacientes fueron tratados con inyecciones intravítreas de bevacizumab, ranivizumab y aflibercept consiguiendo la estabilización de la neovascularización. El número promedio de inyecciones administradas fue de 9 por paciente.

Conclusiones: El diagnóstico de neovasculopatía en la paquicoroidopatía debe ser considerado en todos aquellos casos de neovascularización coroideo tipo 1 en ausencia de signos característicos de degeneración macular. La angiogramografía mediante tomografía de coherencia óptica permite una mejor visualización y delimitación que la angiogramografía fluoresceínica de estos complejos neovasculares.

CPCC100

HEMORRAGIA MACULAR COMO SIGNO DE PRESENTACIÓN DE MELANOMA COROIDEO GRANDE

Mónica MARTÍNEZ DÍAZ, José M. ORTÍZ EGEA, Antonio DONATE TERCERO, M.^a José CARRILERO FERRER, M.^a Antonia FAGÚNDEZ VARGAS

Introducción: El melanoma coroideo (MC) es el tumor intraocular primario maligno más frecuente en adultos. Se origina en los melanocitos y la localización más frecuente es la coroides 80%. La incidencia estimada es de 5-7,4 casos. Se diagnostica generalmente en la sexta década siendo la incidencia mayor con el aumento de edad. Ambos sexos están afectados de manera similar, con leve predominancia masculina.

Caso clínico: Varón de 79 años remitido a consulta por disminución de la AV en OD de 1 mes. AV OD SC de cuenta dedos a 30 cm. En FO se observa una hemorragia subretiniana en región macular y subfoveal confirmada por OCT. Se cita a los 6 días para seguimiento observándose en FO tumoración de color marrón nasal a papila con aspecto de hongo compatible con melanoma coroideo. Se realiza ecografía Ángulo Kappa, retinografía y nueva OCT compatibles. Se solicita RM la cual informa de melanoma coroideo grande. Completamos el estudio de extensión con bodyTAC en el que se descartan metástasis. Curamos traslado urgente para valoración en Hospital Clínico de Valladolid desde donde se nos vuelve a remitir aconsejando enucleación tras desestimar tratamiento conservador. Se realiza enucleación de forma preferente sin incidencias enviando la pieza para estudio por anatomía patológica. En el momento actual el paciente se encuentra sin dolor y libre de metástasis.

Conclusiones: Debemos tener en cuenta la hemorragia retiniana como presentación atípica del MC ya que junto con la opacidad de medios puede dificultar la visualización de la masa tumoral. En estos casos un seguimiento estrecho junto con la repetición de pruebas de imagen pueden ayudar a realizar el diagnóstico correcto. El tamaño y estadio tumoral condicionará el tratamiento. Los tumores medianos y pequeños representan más de un 75% del total. La braquiterapia es la opción terapéutica más utilizada (42%) mientras que la enucleación se reserva para los tumores grandes, los menos frecuentes, 28,8%.

CPCC101

TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA EN LA MEJORÍA ANATÓMICA Y FUNCIONAL DE LOS MACROANEURISMAS ARTERIALES RETINIANOS

Clara MARTÍNEZ RUBIO, Alexandru PLACINTA, Paula MARTÍNEZ LÓPEZ-CORELL

Introducción: El manejo de la afectación macular en los macroaneurismas arteriales retinianos es controvertido, siendo la terapia antiangiogénica una de las opciones de tratamiento actual.

Material y método: Se estudiaron 4 pacientes afectados de macroaneurisma arterial retiniano (MAR) durante el seguimiento y tratamiento con terapia antiangiogénica intravítrea con ranibizumab, mediante valoración de la agudeza visual (AV) e imagen de Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) hasta la resolución del fluido intrarretiniano o subretiniano.

Casos clínicos: Se presentan cuatro pacientes que acudieron a Urgencias por disminución de la agudeza visual (AV) (0.2, 0.4, movimiento de manos y cuenta dedos) siendo diagnosticados de MAR.

El análisis inicial por OCT mostró la afectación macular en todos los casos, con un grosor medio de 415.75 micras. Éste se debió a la presencia de fluido intrarretiniano en las capas nucleares externa e interna, la existencia de fluido subretiniano (FSR) en tres casos y a hemorragia de capas internas en dos casos.

La terapia intravítrea con ranibizumab se realizó mensualmente hasta la resolución del fluido intrarretiniano y resolución del FSR por estudio de OCT. Se obtuvo una disminución media del grosor macular de 185.25 micras. Dos casos presentaron atrofia retiniana sectorial. Todos los casos presentaron puntos hiperreflectivos intrarretinianos, de mayor número y tamaño que en la visita inicial. La AV final fue de 1, 0.8, 0.4 y 0.1. El tiempo medio de seguimiento fue de ocho meses.

Conclusiones: La OCT inicial de los MAR presentó edema macular de capas nucleares interna y externa, puntos hiperreflectivos y FSR. La terapia intravítrea con ranibizumab condujo a la resolución del edema macular, la regresión del FSR y la mejoría de la agudeza visual.

CPCC102

CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR PERIPAPILAR OCULTO, DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Javier MATEO GABÁS, Julen BERNIOLLES ALCALDE, Sara MARCO MONZÓN, Constanza CARMELLO ÁLVAREZ, Gisela KARLSRUHER RIEGEL, Juana MARTÍNEZ MORALES

Introducción: Los traumatismos oculares derivados de la actividad laboral son una importante causa de pérdida de agudeza visual con un importante impacto socioeconómico. Los traumatismos con cuerpo extraño intraocular son los más serios en cuanto a resultados visuales. Se han establecido como las complicaciones más frecuentes la catarata traumática, el desprendimiento de retina. En recientes revisiones se ha establecido como marcador de mal pronóstico visual los casos en los que se debió realizar vitrectomía, afaquia y pérdida de tejido iridiano.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón 35 años que tras haber estado manipulando hierro en su trabajo presentaba sensación de cuerpo extraño en su ojo derecho, razón por la que acudió a su MAP donde se le trató con pomada oculos epitelizante y fue remitido a nuestro servicio de urgencias. A la exploración el paciente presentaba una mínima lesión en corneal, conjuntiva hiperémica, Cámara anterior con Tyndall, cristalino transparente y hemorragia vítrea, que dificultaba la valoración de la retina. Con una presión intraocular de 18 mmHg. Se completó el estudio con una TC, con retinografía y OCT swept source triton que confirmó la presencia de un cuerpo extraño metálico intraocular que no se había podido observar por funduscopia. Se realizó una vitrectomía 23g en la que se localizó el cuerpo metálico de 1 mm de diámetro clavado en retina peripapilar. Se retiró con la ayuda de imán y se fotocoaguló la retina alrededor de la lesión. A la evolución, tras cuatro meses de seguimiento el paciente presenta una agudeza visual en OD de 1,00 con cristalino transparente.

Conclusiones: En una exploración sin seidel ni lesiones en córnea no debemos olvidar realizar una exploración exhaustiva para descartar cuerpo extraño intraocular e iniciar tratamiento precoz. El tratamiento precoz de los cuerpos extraños intraoculares y una adecuada profilaxis de endoftalmitis pueden conseguir que estos pacientes conserven una buena AV.

CPCC103

HEMORRAGIA MACULAR ESPONTÁNEA UNILATERAL EN UN PACIENTE SANO

Marta MEDINA BAENA, Alejandro GÓMEZ VERDEJO, Olga CEJUDO CORBALÁN, Juan I. GARCÍA PULIDO, M.^a Jesús HUERTOS CARRILLO

Introducción: Las hemorragias intrarretinianas aparecen ocasionalmente tras esfuerzos físicos de alta intensidad, aumento de la presión venosa o ciertas enfermedades sistémicas. Presentamos un caso de hemorragia macular espontánea unilateral idiopática que recuperó su agudeza visual sin necesidad de instaurar tratamiento médico.

Caso clínico: Acude al servicio de urgencias un hombre de 40 años sin antecedentes de interés refiriendo pérdida de visión en ojo derecho (OD) de dos días de evolución. El paciente describe una mancha de sangre en el centro del campo visual de dicho ojo. La agudeza visual (AV) en el OD es de 1/3. Se observa en el fondo de ojo una pequeña hemorragia localizada en la fóvea que se confirma en la tomografía de coherencia óptica (OCT) como una lesión hemorrágica redonda y circunscrita en la zona interna de la fóvea con respeto de las capas externas. En las sucesivas revisiones objetivamos mediante OCT una disminución significativa y paulatina de la hemorragia. Finalmente el paciente refiere mejoría presentando una AV 2/3 en OD junto con la desaparición en su totalidad de la lesión.

Conclusiones: A día de hoy la etiología latente detrás de este cuadro clínico no es del todo conocida. Según la literatura revisada, la ausencia de antecedentes previos y una recuperación de la agudeza visual significativa entre 3 y 4 meses parece definir este cuadro. Por lo tanto, ante un paciente joven con pérdida unilateral de la visión, es importante realizar una correcta historia clínica que sumado a las nuevas pruebas de imagen nos permitirán llegar a un diagnóstico de certeza precoz, evitando tratamientos innecesarios para nuestros pacientes.

CPCC104

HAMARTOMAS ASTROCÍTICOS RETINIANOS EN ESCLEROSIS TUBEROSA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN MULTIMODAL

Rodrigo MOLINA PALLETE, Isabel PASCUAL CAMPS

Introducción: Los hamartomas astrocíticos retinianos (HAR) son la manifestación ocular más frecuente en los pacientes con Esclerosis Tuberosa (ET) ocurriendo en un 50% de los casos. Es un tumor glial intraocular benigno con un aspecto amarillo grisáceo sésil o elevado, pudiendo estar calcificado y localizado en la capa de fibras nerviosas de la retina. Pueden producir disminución de la agudeza visual, defectos campimétricos, desprendimiento de retina o glaucoma neovascular. El diagnóstico de estas lesiones ha sido clásicamente fundoscópico, pero gracias a las nuevas técnicas de diagnóstico multimodal, como la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) nos permiten una caracterización más precoz y precisa.

Caso Clínico: Paciente varón de 32 años diagnosticado de ET que presenta múltiples HAR en ambos ojos (AO), encontrándose asintomático oftalmológicamente. Se le realizó un seguimiento bianual con retinografía, SD-OCT, autofluorescencia y MultiColor, Dichas técnicas nos permitieron la caracterización precisa de las lesiones y el seguimiento de los cambios que se pudieran producir.

Conclusiones: El estudio multimodal que incluye SD-OCT, retinografía, autofluorescencia y Multi-color nos permite realizar una detección precoz y control morfológico y morfométrico de los HAR. Debido al riesgo de crecimiento y desarrollo de complicaciones se deben realizar controles estrictos periódicamente.

CPCC105

DILATACIÓN VENOSA UNILATERAL Y MICROHEMORRAGIAS COMO MANIFESTACIÓN PRECOZ DE SINDROME ISQUEMICO OCULAR

Douglas MORALES DÁVILA, Janny ARONES SANTIVÁÑEZ

Introducción: El Síndrome isquémico ocular (SIO) es una entidad seria, infra diagnosticada, sobretodo en estadios iniciales, que puede confundirse con entidades como la retinopatía diabética y la obstrucción de vena central de la retina con las que comparte factores de riesgo.

Afecta a varones de 60-70 años con una hipoperfusión crónica ocular unilateral debido a estenosis >90% del sistema carotideo (SC) de origen arteriosclerótico. El diagnóstico se basa en los hallazgos oftalmológicos, OCT y angiografía (AGF) para descartar complicaciones; así como pruebas de imagen Ecodoppler-Troncos Supraaórticos (TSA) y/o angio-RMN TSA para visualización de la afectación del SC.

Caso clínico: Varón de 63 años, con antecedente de Hipertensión, Diabetes, claudicación de miembros, que consulta por disminución de agudeza visual (AV) de segundos de duración sin llegar a amaurosis fugax, que aumenta a las versiones. A la exploración presentaba AV OD 0.9 OI 0.8 Segmento anterior normal, presión ocular OD 16 OI 20. La funduscopia del OD mostró una marcada dilatación venosa sin tortuosidad y escasas hemorragias punto y mancha; OI normal. La AGF mostró en OD un retraso de llenado arterial y venoso con microaneurismas (MA) en periferia y algunos microdefectos pantalla por hemorragias; OI algún MA. OCT normal. Se solicitó Ecodoppler-TSA y angio-RMN TSA donde se evidenció una obstrucción completa arteria carótida interna (ACI) derecha desde su origen y estenosis moderada <50% de ACI izquierda, además de RMN cerebral que muestra infarto occipital isquémico crónico derecho.

Conclusiones: El SIO es una entidad seria, con una mortalidad a 5 años del 40% debido a complicaciones cardiovasculares y cerebrales. La escasa sintomatología y hallazgos, sobretodo en estadios iniciales, dificulta su diagnóstico. La OCT y AGF nos permiten hacer el seguimiento de las complicaciones, siendo las pruebas de imagen de TSA las que nos confirman el diagnóstico y la elección del tratamiento.

CPCC106

UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LA DENSIDAD DE VASOS POR DIMENSIÓN FRACTAL EN ÁREA MACULAR EN ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA, VALORACIÓN DE UN CASO

José E. MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS, Rosa M.^a BELLIDO MUÑOZ, Carmen BURGOS RODRÍGUEZ, Iván GARCÍA GARCÍA

Introducción: La angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCTA) nos permite realizar un examen fiable, inocuo y rápido del árbol vascular de la retina. Aún siendo una técnica resolutive la expresión iconográfica en ciertas patologías en estadios incipientes puede pasar desapercibida, por eso la cuantificación de la densidad de vasos en ciertas regiones de la retina es un concepto interesante que nos puede ayudar a evaluar el daño precoz en el árbol vascular en distintas enfermedades. Se evalúa la densidad de vasos en el área macular de una paciente sana utilizando un software externo creado para el cálculo de la densidad de vasos.

Caso clínico: Para el cálculo de la densidad de vasos se diseñó un algoritmo que calcula la dimensión fractal usando el método de recuento de cajas que consiste en cubrir la estructura vascular con cajas de tamaño cada vez más pequeño.

Usando este algoritmo, calculamos la dimensión fractal local de cada pixel de la imagen en una ventana de 5x5 píxeles alrededor del mismo. De esta forma, el valor de la dimensión fractal de cada pixel varía según la distribución de los vasos alrededor del mismo.

Para representar esta información de forma visual se normalizaron los valores entre 0 y 1 de forma que valores cercanos a 1 indican la presencia de un vaso grande y valores cercanos a 0 la inexistencia de vasos.

En el caso de nuestra paciente sin patología previa se calculó la densidad de vasos en región macular del ojo izquierdo por dimensión fractal que resultó de 81,35%.

Conclusiones: La densidad de vasos en región macular de nuestra paciente era normal si lo comparamos con estudios multicéntricos. Por tanto la OCTA es una prueba útil desde el punto de vista cualitativo para la evaluación de enfermedades oftalmológicas. Pero son pocos los estudios que se realizan valorando el componente cuantitativo, como por ejemplo la densidad de vasos. La densidad de vasos nos permitiría valorar los daños isquémicos más precozmente.

CPCC107

GRANULOMA MACULAR EN LA INFANCIA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO PARA EL OFTALMÓLOGO

Ilshat MUSTAFIN, Rubén YELA DELGADO, Hernán E. DONOSO TORRES, Verónica OSUNA VÁZQUEZ, M.^a Pilar RUIZ DEL TIEMPO, Alicia ESCALONA LOZANO

Introducción: Las lesiones granulomatosas del polo posterior en la infancia constituyen un reto diagnóstico importante para el oftalmólogo. Determinar la etiología exacta implica tener o no un buen resultado visual para el paciente, sin embargo en muchos casos, no existe una prueba exacta que la determine por lo que un buen diagnóstico diferencial es básico para saber manejar al paciente.

Caso clínico: Varón de 6 años que presenta disminución brusca de agudeza visual (AV) en ojo derecho de 3 semanas de evolución. Sin antecedentes de interés y calendario vacunal al día. Exploración: AV de 0.2 en OD y 1 en OI, Biomicroscopía normal, refracción simétrica al ojo contralateral bajo cicloplejia y en el fondo de ojo se encuentra una hemorragia macular central acompañado de una lesión granulomatosa perimacular de 1 diametro papilar. En la OCT se aprecia un desprendimiento del epitelio pigmentario retiniano sólido con engrosamiento superior y una membrana neovascular coroidea (MNVC) secundaria. Se realizó un diagnóstico diferencial exhaustivo y un estudio completo para precisar la etiología.

Conclusiones: El diagnóstico preciso de las lesiones granulomatosas maculares en la infancia es complejo. Especialmente por la ausencia de signos patognomónicos, así como de pruebas de laboratorio que tengan una sensibilidad e especificidad suficientes. Los mejores métodos son: la búsqueda de signos exploratorios característicos de los diferentes cuadros como son las lesiones de características migratorias en la Toxocariasis, signo del contacto (SD-OCT) y del anillo de fuego (AGF) de la tuberculosis, toxoplasmosis (cicatrices coriorretinianas). También se deben de considerar los retinoblastomas incipientes así como la enfermedad de Coats. Hay estudios que promueven el uso de anti-VEFG en casos de lesiones granulomatosas por toxocariasis acompañadas de una MNVC en etapas tempranas con el objetivo de detener la formación de una cicatriz que traccione la retina complicando el cuadro clínico.

CPCC108

MONITORIZACIÓN CON ANGIO-OCT DE LA NECROSIS RETINIANA POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE VIH

Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Álvaro OLATE PÉREZ, Francisco FARÍAS ROZAS, Amparo GARGALLO BENEDICTO, Noemí RUIZ DEL RÍO, Francisca GARCÍA IBOR

Introducción: La retinitis por citomegalovirus (CMV) es la infección oportunista ocular más habitual en los pacientes con sida. Desde la aparición del tratamiento antiviral de gran actividad (TARGA), ha disminuido tanto su incidencia como la velocidad de progresión. En el presente trabajo se describe un caso de necrosis retiniana periférica por CMV y el control de progresión con Angio OCT.

Caso clínico: Paciente varón de 35 años, con diagnóstico reciente de VIH tras neumonía por pneumocystis jiroveci de manejo hospitalario. Un mes después consulta en urgencias por visión borrosa en ojo derecho (OD). Al examen oftalmológico presenta AV 0.9, sin hallazgos en la biomicroscopía. En la fundoscopia se evidencia una necrosis retiniana periférica temporal inferior y hemorragias intrarretinianas perilesionales. El recuento de CD4 es de 75. En la serología se evidencia positividad para VIH, lúes, VEB, CMV y VHC.

En el análisis por PCR de humor acuoso se identifica CMV positivo de forma aislada. Se inicia tratamiento con Foscarnet intravitreo cada 72 horas así como Valganciclovir oral cada 12 horas.

En la angiografía convencional se objetiva hipoperfusión periférica severa y discreta vasculitis. En la angio-OCT se observa la falta de perfusión tanto en el plexo superficial como profundo, así como la progresión del área de isquemia en las primeras 48 horas.

Conclusiones: La retinitis por CMV progresa rápidamente sobre la retina sana. La angio-OCT es una herramienta útil para valorar la progresión de la isquemia así como la afectación en las distintas capas de la retina. Es una técnica rápida que no precisa de contraste, y sus hallazgos son comparables.

CPCC109

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA RETINIANA GRUPO 1. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

José M.^a ORTEGA MOLINA, Ana M.^a SOLANS PÉREZ DE LARRAYA, Irene GARCÍA DEL MORAL,
Juan F. MARTÍNEZ JEREZ

Introducción: Las malformación arteriovenosas (MAVS) retinianas se presentan como vasos retinianos dilatados y tortuosos que varían en tamaño y severidad. Dan lugar a un sistema de alto flujo vascular debido a un fallo o ausencia en la interposición de los vasos y falta de diferenciación de arterias y venas. Se han clasificado en 3 grupos: grupo 1 presentan lechos capilares comunicantes entre los vasos comunicantes en un cuadrante de la retina; grupo 2 son de mayor tamaño en ramas vasculares y aparecen sin interposición de capilares; grupo 3 afectan a toda la vascularización de la retina

Caso clínico: Mujer de 40 años sin antecedentes personales de interés acude por miodesopsias en OD. Su MAVC era de 1 en A.O, reflejos pupilares y exploración de polo anterior normal. En el examen de fondo de ojo en el OD destaca la presencia de dilatación de vasos arteriales y venosos en cuadrante nasal inferior junto con envainamiento de vasos en periferia. El OS sin alteraciones. La OCT macular y campimetría eran normales y en la angiografía se descartó áreas de isquemia retiniana. El estudio de neuroimagen mediante resonancia magnética descartó anomalías vasculares orbitarias y cerebrales. Se realizó el diagnóstico de MAV retiniana grupo 1.

Conclusiones: Las MAVS retinianas son anomalías vasculares congénitas no hereditarias que se desarrollan en el polo posterior de la retina. Éstas pueden presentarse de forma aislada o asociadas a otras MAVS en cerebro, órbita, mandíbula, o piel lo que comprende el síndrome de Wyburn-Mason. Debido a sus asociaciones sistémicas, deben considerarse solicitar pruebas de neuroimagen en presencia de MAVS retinianas. Aunque la mayoría de los casos son asintomático y se presentan con buena visión, debe realizarse un adecuado seguimiento debido a las posibles complicaciones que pueden producir.

CPCC110

VALOR DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LAS HEMORRAGIAS MACULARES

Ana PALAZÓN CABANES, Ana M.^a GÓMEZ RAMÍREZ, Natalia HURTADO MONTALBÁN, Juan A. MIRALLES DE IMPERIAL OLLERO, Andrés LÓPEZ JIMÉNEZ

Introducción: La hemorragia prerretiniana suele localizarse en la interfase hialoides posterior-membrana limitante interna (MLI). De forma infrecuente, puede asociarse a hemorragia sub-MLI en la retinopatía de Valsalva, síndrome de Terson, discrasia sanguínea o traumatismo ocular. La reabsorción espontánea de estas hemorragias es lenta y el contacto prolongado entre sangre y retina causa toxicidad y membrana epirretiniana, con o sin tracción macular.

Caso clínico: Varón de 62 años presenta pérdida súbita e indolora de visión en ojo izquierdo (OI). Antecedente de cardiopatía isquémica, tratado con by-pass coronario y anticoagulación. En la exploración se detectó una tensión arterial de 191/79 mmHg. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) era 10/10 en ojo derecho y movimiento de manos en OI. La biomicroscopia y presión intraocular fueron normales. En la funduscopía de OI se observó una gran hemorragia macular y la tomografía de coherencia óptica (OCT) reveló que se extendía a espacios subhialoideo, sub-MLI e intrarretiniano. Tras una semana de observación apareció hemovítreo espontáneo. Un mes después se realizó vitrectomía. A los dos meses de la cirugía la MAVC en OI fue 7/10.

Discusión: El tratamiento de las hemorragias prerretinianas es controvertido. Entre las opciones se encuentran observación, drenaje a vítreo con láser Nd:YAG y vitrectomía. Oftalmoscópicamente, existe una gran dificultad para establecer el diagnóstico topográfico. La OCT nos permitirá determinar el plano de clivaje de las hemorragias maculares. Discutimos el manejo terapéutico cuando confluyen hemorragia subhialoidea, sub-MLI e intrarretiniana.

Conclusiones: La OCT es útil para la localización hemorragias intraoculares. Se recomienda realizar vitrectomía en casos de sub-MLI persistente para disminuir complicaciones y conseguir mejor y más rápida recuperación visual.

CPCC111

DESPRENDIMIENTO TOTAL DE RETINA EN PACIENTE CON COLOBOMA CORIORRETINIANO, DE PAPILA, DE CRISTALINO Y DE IRIS

Iulia OANA PANA, Javier ITURRIA SOLER, Simon QUIJADA ANGELI, Marta SÁNCHEZ-DEHESA SÁEZ, M.^a Gabriela CRUZ GUTIÉRREZ, Sergio VALVERDE ALMOHALLA

Introducción: El coloboma coroideo es una condición rara que asocia un riesgo de desprendimiento de retina (DR) de 23% a 40%. A pesar del avance en las técnicas quirúrgicas, la cirugía del DR asociado a coloboma coroideo queda un reto, por la dificultad de reaplicación de la retina y la prevención de la recidiva.

Caso clínico: Paciente de 40 años que consulta por pérdida de visión en el ojo derecho (OD) de 3 semanas de evolución.

Antecedentes Oftalmológicos: Baja visión congénita en OD, coloboma coriorretiniano, de papila y de iris en OD, coloboma coriorretiniano y de iris en ojo izquierdo (OI) y miopía degenerativa.

En la exploración se evidencia agudeza visual (AV) de movimientos de mano en el OD y 0.5 en el OI con hallazgos en la biomicroscopia de OD de coloboma de iris y de cristalino y en el OI de coloboma de iris.

En la oftalmoscopia del OD: desprendimiento total de retina con vitreorretinopatía proliferante, coloboma de papila y coriorretiniano que incluye mácula, degeneración en empalizada y desgarro retiniano superotemporal. Oftalmoscopia OI: coloboma coriorretiniano

Se diagnostica de desprendimiento total de retina con vitreorretinopatía proliferante en OD, asociado a coloboma coriorretiniano y se realiza cerclaje, vitrectomía por pars plana 23Gauge, reaplicación neumohidráulica, endofotocoagulación de desgarro y de degeneración en empalizada e intercambio con aceite de silicona con éxito anatómico. En el postoperatorio presenta AV de cuenta dedos en OD. Después de 3 meses se realiza extracción de aceite de silicona en OD. Tras un seguimiento de 2 meses la retina se mantiene aplicada y la AV constante.

Conclusiones: El pronóstico visual en el caso de un paciente con DR asociado a coloboma coroideo es reservado teniendo en cuenta que en muchos casos, como en el que presentamos puede haber coloboma de la papila lo que supone una ambliopía previa y también un retraso en el diagnóstico lo hace que este desprendida la macula en el momento de la cirugía.

CPCC112

DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEROSO TRAS PREECLAMPSIA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Carlos PERÁLVAREZ CONDE, Alejandro FILLOY RIUS, Juliana OCAMPO CANDAMIL

Introducción: El desprendimiento de retina (DR) de tipo seroso es un hallazgo raro en pacientes con preeclampsia y visión borrosa. Producido por la participación de la vascularización coroidea, esta complicación ocurre en menos del 1% de pacientes con preeclampsia.

Casos clínicos:

Caso 1. Mujer de 34 años con visión borrosa bilateral tras parto inducido por preeclampsia severa. Agudeza visual (AV) 0.9 en ambos ojos (AO). En el examen del fondo de ojo se observó un DR seroso plano en ambos ojos, pero en el ojo izquierdo (OI) se extendió más hacia el área inferior de la retina. Una tomografía de coherencia óptica (OCT) macular reveló un desprendimiento de retina neurosensorial (DRNS) parafoveal de predominio nasal en el ojo derecho (OD) y un menor predominio en OI, además de engrosamiento a nivel de coroides. Se decidió actitud expectante y en el control posterior después de dos semanas la OCT demostró una resolución completa del DRNS.

Caso 2. Mujer de 36 años que consultó por visión borrosa y distorsionada de predominio central en AO después de una cesárea de emergencia debido a la preeclampsia. El examen oftalmológico no mostró datos significativos, siendo el AV de 1,0 en AO. Una pequeña área extrafoveal de DRNS se observó en la OCT en AO, con un mayor volumen en el OD, además de engrosamiento coroideo. Se decidió actitud expectante, posteriormente se realizó un nuevo control oftalmológico y de OCT después de cuatro semanas y se verificó la desaparición del fluido.

Conclusiones: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo, ocurre hasta un 5% de las primíparas, a menudo en el tercer trimestre del embarazo y se asocia con edema generalizado. Se observa afectación visual en el 30-100% de los pacientes. La preeclampsia se ha asociado con una retinopatía severa similar a la retinopatía hipertensiva, además de DR seroso, lesiones de EPR amarillentas y opacas y ceguera cortical.

CPCC113

TROMBOSIS VENOSA EN PACIENTE JOVEN Y SANA: PRIMERA Y ÚNICA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO PRIMARIO

Ángela PINTOR SERRANO, Esther ÁLVAREZ MARTÍN

Introducción: El síndrome antifosfolipídico (SAFL) es un estado autoinmune de hipercoagulabilidad caracterizado por la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos, trombosis vascular de repetición en cualquier órgano y morbilidad en el embarazo. Los casos de enfermedad vascular oclusiva ocular son infrecuentes.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 22 años que consulta por pérdida brusca de visión en ojo derecho (OD) de dos días de evolución sin otra sintomatología acompañante ni otros antecedentes de interés. En la exploración oftalmológica presenta una agudeza visual en OD de 0.2 y en el fondo de ojo se observa edema de papila y edema macular en estrella, asociado a dilatación y tortuosidad venosa de predominio central y hemorragias periféricas. El ojo adelfo era normal. Se completa estudio oftalmológico con angiografía con fluoresceína (AGF) observándose retraso en la circulación arteriovenosa, hiperfluorescencia papilar, tinción y rezume de paredes venosas y áreas de no perfusión periféricas. Se diagnostica inicialmente de neurorretinitis y vasculitis de predominio venoso. Se solicita estudio analítico completo resultando positivos Acs Cardioplipina IgM y Acs Beta 2 glicoproteína 1 IgM. De acuerdo con Servicio de Hematología, se diagnostica de trombosis venosa central de la retina (TVCR) secundario a SAFL primario y se instaura tratamiento con anticoagulación oral. En el momento actual el cuadro se ha resuelto por completo sin secuelas.

Conclusiones: La TVCR en el paciente joven sigue siendo un cuadro desconcertante y cada vez más habitual. Es necesario realizar una anamnesis dirigida, exploraciones clínicas que incluyan AGF y analíticas completas para descartar enfermedades sistémicas subclínicas. Debemos considerar el SAFL como una de las causas posibles, siendo los anticoagulantes la mejor opción terapéutica.

CPCC114

DESPRENDIMIENTO DE RETINA SEROSO: SIGNO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Purificación PIÑAS GARCÍA, Francisco J. HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Nuria AZNAREZ LÓPEZ

Introducción: La retinitis sifilítica es una manifestación poco frecuente de los pacientes con VIH. Presentamos el caso clínico de un paciente que debutó con panuveítis monocular y desprendimiento de retina seroso asociado. El estudio sistémico nos condujo al diagnóstico etiológico de sífilis ocular y enfermedad por VIH como hallazgo relevante asociado.

Caso clínico: Varón de 40 años de edad, sin historia clínica sistémica ni ocular de interés, acude al servicio de urgencias por pérdida de visión aguda monocular indolora de 48 h de evolución. A la exploración, presentaba una mejor agudeza visual corregida de movimiento de mano; la biomicroscopía del segmento anterior mostraba hallazgos compatibles con uveítis anterior no granulomatosa normotensiva, en tanto que los hallazgos en el fondo de ojo evidenciaron un desprendimiento de retina seroso asociado a vitritis relevante. El análisis bioquímico sérico protocolizado (perfil de uveítis) confirmó la positividad a la infección por sífilis y al VIH. Estos datos nos permitieron diagnosticar una enfermedad sistémica, potencialmente mortal sin tratamiento y orientar con precisión el protocolo terapéutico de la uveítis, así como el inicio del tratamiento médico adecuado para el VIH.

Conclusiones: El estudio sistematizado de cualquier proceso inflamatorio retiniano puede ser la clave para el diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades sistémicas subyacentes ocultas de relevancia, en ocasiones vital para el paciente.

CPCC115

SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR CON EVOLUCIÓN INESPERADA

Francisco J. POZO LORENZO, M.^a Ángeles PEREA RIQUELME, Alicia GUARDIOLA FERNÁNDEZ, M.^a de las Nieves BASCUÑANA MÁZ

Introducción: El síndrome de tracción vitreomacular (TVM) puede evolucionar hacia la resolución espontánea, retinosquisis, edema macular cistoide o agujero macular (AM). Presentamos un caso de TVM que se resuelve mediante vitrectomía con desarrollo posterior de AM que se cierra espontáneamente.

Caso clínico: Mujer de 74 años sin antecedentes oftalmológicos de interés, que consultó por deterioro visual en ojo derecho (OD). Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue 0.6 en OD y 1 en ojo izquierdo (OI). El fondo de ojo del OD fue normal y la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) mostró TVM. Cinco meses más tarde la MAVC del OD disminuyó a 0,3 y por persistencia de la TVM se decidió tratamiento con ocriplasma. Ante la falta de respuesta a ésta, a los 3 meses de la inyección, se realizó vitrectomía posterior (VPP) con resolución de la TVM. Un año después, la MAVC del OD era de 0,3 y en la OCT se objetivó un AM estadio II, por lo que se decidió programar para realizar VPP con delaminación de la limitante interna. En la OCT preoperatoria realizada, se observó la resolución espontánea del AM con una MAVC del OD de 0,6. Actualmente la paciente presenta una OCT con perfil foveal conservado, sin signos de TVM ni de AM y su MAVC en OD es de 0,9.

Conclusiones: La TVM es una patología infrecuente. En nuestro caso, se trató inicialmente con Ocriplasma, pero ante la falta de respuesta, se realizó una VPP. Meses después de la VPP, desarrolló inesperadamente un AM de espesor completo, que de forma imprevisible se cerró espontáneamente. Por ello, es fundamental individualizar el tratamiento en cada caso, haciendo uso de herramientas como la OCT y la microperimetría, para el diagnóstico y seguimiento de este tipo de patologías.

CPCC116

PROBABLE ENFERMEDAD DE VOGT KOYANAGI HARADA EN PACIENTE PORTADOR DE VHC

Ana QUINTERO PALOMINO, Isabel BAQUERO ARANDA

Introducción: La enfermedad de Vogt Koyanagi Harada (VKH) es un trastorno sistémico de causa desconocida. Un proceso infeccioso podría causar la producción de anticuerpos contra los melanocitos de úvea y meninges, entre otros. Presentamos un caso de probable enfermedad de VKH unilateral en paciente portador de VHC.

Caso clínico: Mujer de 35 años acude a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 2 días de evolución, cefalea y fiebre. No antecedentes de trauma ocular ni cirugía. AV OD: 20/60 y en ojo izquierdo (OI) 20/20, función pupilar, presión intraocular (PIO) y biomicroscopía (BMC) normales. Fondo de ojo (FO) OD: papilitis y áreas de desprendimiento de neuroepitelio (DNE) peripapilar y en haz papilo macular. Tomografía de coherencia óptica (OCT): áreas de DNE con imagen tabicada y engrosamiento coroideo. La realización de Angiografía fluoresceínica no fue posible por motivos técnicos. Se inicia prednisona oral en pauta descendente y se deriva a medicina interna. Los marcadores de inflamación/autoinmunidad resultan negativos y la carga viral VHC positiva. A los 2 meses AV: 20/20 en ambos ojos (AO), con resolución de lesiones fundoscópicas y DNE en OCT y AFG. Tras 4 meses, refiriere malestar y mareos de días de evolución sin otros síntomas oculares. FO OD: tortuosidad vascular y estrechamiento en rama nasal superior (RNS) con hemorragias intraretinianas a ese nivel. AFG: tinción y estrechamiento vascular venoso en RNS con áreas de hipofluorescencia por cierre vascular y bloqueo. La paciente continúa en tratamiento corticoideo.

Conclusiones: Los criterios diagnósticos de la enfermedad de VKH incluyen la afectación bilateral, ausencia de traumas oculares, y presencia de lesiones neurológicas y/o cutáneas. En nuestro caso la afectación es unilateral, pero la presencia de los hallazgos en FO y OCT hace probable el diagnóstico de VKH unilateral. Hay un solo caso descrito de VKH en portador VHC con vasculitis, pudiéndose establecer un nexo causal entre VHC y enfermedad VKH con vasculitis asociada.

CPCC117

EVOLUCIÓN Y HALLAZGOS CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN UN CASO DE EXCAVACIÓN FOCAL COROIDEA

Elisabet RICO SANTOS, Ezequiel CAMPOS MOLLO, Elena NAVARRO HERNÁNDEZ

Introducción: La excavación focal coroidea (EFC) es un hallazgo detectable mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) en pacientes asintomáticos en ausencia de estafiloma posterior. Se ha asociado principalmente a alteraciones vasculares coroideas como la coriorretinopatía serosa central (CSC), neovascularización coroidea y vasculopatía coroidea polipoidea.

Caso clínico: Mujer de 54 años con miopía leve, que acudió por miodesopsias en ojo izquierdo, siendo diagnosticada de desgarro retiniano y tratada mediante fotocoagulación con láser Argón. El estudio con OCT mostró un área de concavidad corodíea subfoveal en ambos ojos asociada a desprendimiento seroso de neuroepitelio en ojo derecho. Por tanto, fue diagnosticada de una CSC asociada a EFC bilateral asintomática.

Durante un año de seguimiento con OCT, la paciente presentó remisión del desprendimiento en ojo derecho sin tratamiento y reaparición del mismo tres meses después. En el ojo izquierdo se observó la aparición de una membrana epirretiniana (MER) y formación de pseudoagujero macular. Actualmente, la paciente mantiene una agudeza visual de 0,7 en ojo derecho y 0,8 en ojo izquierdo y no presenta metamorfopsia.

Conclusiones: La etiología y fisiopatología de la EFC es desconocida hasta el momento actual. Se cree que los trastornos vasculares se desarrollan como consecuencia de las alteraciones en el epitelio pigmentario secundarias a dicha excavación. Según nuestro conocimiento, dos casos de tracción vitreomacular y formación de agujero macular han sido descritos en la literatura. En estos casos se cree que la presencia de fuerzas tangenciales creadas por el vítreo y la excavación coroidea favorecen la formación del agujero. Sin embargo, solamente dos casos con asociación a MER han sido descritos sin haberse explicado la relación entre ambas entidades. Estudios con mayor número de pacientes y periodos de seguimiento más largos serán necesarios para conocer mejor la fisiopatología y curso de esta enfermedad.

CPCC118

OZURDEX EN EDEMA MACULAR TRAS TRATAMIENTO CON TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR EN HEMANGIOMA COROIDEO

Manuel ROCA SANZ, Teresa JORDÁ CARDONA, Juan M. VALLÉS MARTÍNEZ, Marc MENEZO RALLO, Juan M. RONCHERA OMS, Juan M. ESTEBAN MASANET

Introducción: el hemangioma coroideo circunscrito es un tumor, muchas veces encontrado de forma casual, que requiere tratamiento cuando produce síntomas visuales. Se describe un caso sintomático tratado con termoterapia transpupilar (TTT).

Caso clínico: Paciente de 42 años que consulta por empeoramiento de agudeza visual en el ojo derecho de una semana de evolución. Como antecedente oftalmológico de interés, cabe destacar la presencia de un hemangioma coroideo en el mismo ojo, que fue hallado de forma casual durante una exploración rutinaria. La agudeza visual era de 0,3, y la OCT mostró un desprendimiento neurosensorial exudativo junto al hemangioma. Se decidió realizar un tratamiento con TTT sobre la lesión. Un mes después, el fluido subretiniano se había resuelto. Posteriormente, se desarrolló neovascularización sobre la región en la que se aplicó la termoterapia, y además una obstrucción venosa con edema macular en el territorio distal a ésta. Se realizó una inyección intravítrea de Ozurdex, consiguiendo la resolución del edema macular, y una agudeza visual de 0,7.

Conclusiones: Se han descrito múltiples tratamientos para el hemangioma coroideo circunscrito. La termoterapia transpupilar se considera una alternativa a la terapia fotodinámica en caso de no disponer de ésta última para lesiones que no afecten a la región foveal. Las complicaciones descritas de este procedimiento son obstrucciones de rama venosa, fibrosis prerretiniana y proliferación fibrovascular retiniana, entre otras. No existe una evidencia sólida respecto al tratamiento de las obstrucciones secundarias a la TTT, aunque se ha sugerido un tratamiento similar al utilizado en obstrucciones de otras etiologías, como la fotocoagulación con láser argón, corticoides intravítreos y antiVEGF.

CPCC119

RETINOSQUISIS JUVENIL LIGADA AL X: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Sara RODRIGO REY, Carlos BECKFORD TÖRNGREN, Beatriz CASTAÑO MARTÍN, Gabriel LIAÑO SANZ DIEZ DE ULZURRUN

Introducción: La retinosquisis juvenil ligada al X (RSLX) es una distrofia vitreoretiniana poco frecuente pero representa una de las principales causas de degeneración macular en varones jóvenes. Debuta con disminución de agudeza visual (AV) en la infancia con expresividad variable. El 50% asocia retinosquisis periférica.

Caso clínico:

Caso 1: Varón de 10 años que consulta por cefalea y disminución de AV. A la exploración destaca AV 0,6 AO con corrección hipermetrópica, discromatopsias y estrabismo con dificultad para la convergencia. En la funduscopia se observan estrías irradiadas desde la fóvea que se corresponden con esquistos foveales en la imagen de OCT, y velos vítreos periféricos. En el seguimiento se observó un foco de coriorretinitis toxoplásmica cicatricial en OD con IgG positiva e IgM negativa que respondió adecuadamente al tratamiento.

Caso 2: Varón de 14 años que consulta por disminución de AV. Presenta AV 0,2 AO, discromatopsias y estrabismo divergente tratado quirúrgicamente. Funduscopia y OCT similar al paciente previo, sin velos vítreos.

Ante esta clínica se sospecha una distrofia macular, solicitando pruebas fisiológicas con test de Ishihara patológico, EOG normal y ERG compatible con RSLX, confirmándose la mutación del gen XLR5 mediante estudio genético en ambos pacientes. Los pacientes se encuentran estables con revisiones periódicas.

Conclusiones: Hay que sospechar RSLX ante un varón joven que comienza con disminución de AV y que ocasionalmente asocia otros signos (estrabismo, nistagmus, discromatopsias...). En la funduscopia podemos encontrar lesiones tipo like (cicatrices tipo toxoplásmicas, pliegues falciformes, lesiones exudativas tipo enfermedad de Coats...) con las que hay que hacer un minucioso diagnóstico diferencial. Es fundamental un seguimiento periódico para detectar posibles complicaciones como desprendimiento de retina o hemovítreo. Es primordial un estudio y consejo genético ya que todas sus hijas serán portadoras sanas de la enfermedad.

CPCC120

NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA ASOCIADA A DRUSAS PAPILARES TRATADA CON TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA: REPORTE DE UN CASO

Beatriz RODRÍGUEZ AGUADO, Constanza SCHELL EULUFI, Bárbara DELAS ALOS, Mouafk ASAAD

Introducción: Las drusas papilares están presentes en un 0.034% poblacional, 75% de ellas bilaterales. Se diagnostican durante un examen rutinario sin que los pacientes refieran sintomatología. A pesar de ser una patología benigna, el pronóstico visual empeora cuando asocian complicaciones vasculares, como la neovascularización coroidea.

Caso clínico: Paciente de 12 años de edad que acude a nuestro servicio por visión borrosa en ojo derecho sin otra sintomatología acompañante. A la exploración se objetivó una agudeza visual corregida de movimiento de manos ojo derecho y 1.0 en ojo izquierdo. La fundoscopia reveló drusas papilares bilaterales que se confirmaron mediante ecografía. Mediante examen de coherencia óptica y angiografía fluoresceína, se determinó la presencia de neovascularización coroidea. El examen oftalmológico se completó con campimetría. Se realizó tratamiento con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos (anti-VEGF). Inicialmente, la paciente se trató con dos inyecciones consecutivas de Ranibizumab resultando en inactivación de la membrana neovascular y mejora de la agudeza visual, que se mantuvo estable durante 3 años. Se repite el tratamiento con 5 inyecciones de Ranibizumab debido a reactivaciones de la membrana neovascular a lo largo de dos años de seguimiento. Ante una nueva reducción de agudeza visual a los 4 meses tras la última inyección, se decide el cambio de anti-VEGF, tratándose con aflibercept, con una buena respuesta y estabilidad hasta la fecha.

Conclusiones: Durante siete años de seguimiento hemos valorado la seguridad y efectividad del tratamiento anti-VEGF en el caso de una paciente menor de edad con neovascularización coroidea asociada a drusas papilares. Aunque no hay estudios que avalen la seguridad de dichos fármacos en niños, su uso puede ser beneficioso en estos casos, planteándose un cambio de antiangiogénico en caso de falta de respuesta al tratamiento inicial.

Los autores manifiestan no tener ningún interés comercial.

CPCC121

MELANOMA COROIDEO Y PECOMA

Nelson A. RODRÍGUEZ MARCO, Josep M.^a CAMINAL MITJANA, Pilar CALVO PÉREZ, Susana SOLANAS ÁLAVA, José ANDONEGUI NAVARRO, Luis E. PABLO JÚLVEZ

Introducción: El Melanoma Coroideo (MC) es la neoplasia maligna intraocular primaria más frecuente en los adultos siendo el 90 % de todos los melanomas de la úvea. Cuando en la exploración ocular se sospecha de su existencia es necesario hacer estudio sistémico con el fin de detectar metástasis en la coroides o desde la coroides. En dicho estudio se pueden hallar metástasis del propio MC o segundos tumores como es el caso de algunos Sarcomas. Presentamos el caso de una paciente que asociaba un MC a un PEComa hepático.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 48 años que acudió a Urgencias por visión de nube fija en OD. A la exploración oftalmológica presentaba una AV con OD y OI de 7/10 y 10/10 y una PIO de 17 y 18 mmHg. En la Biomicroscopía se observaban medios transparentes y en la exploración de fondo de ojo imagen compatible con MC.

Al realizar estudio de extensión se encontró analítica normal y en el TC tóraco-abdominal una lesión ocupante de espacio a nivel hilio hepático y ligamento gastrohepático probablemente extra-hepático y sugestiva de tumoración mesentérica de estirpe lipomatosa compatible con liposarcoma.

El melanoma coroideo fue tratado mediante Braquiterapia y la lesión hepática se extirpo quirúrgicamente y tras el estudio anatomopatológico resultó ser un Angiomilipoma Epiteloide (PEComa).

Conclusiones: El Angiomilipoma Epiteloide es una tumoración de gran infrecuencia cuyo diagnóstico definitivo suele estar precedido de su resección quirúrgica. Es una neoplasia mesenquimal benigna descrita por Ishak en 1975 refiriéndose desde entonces unos 200 casos en la literatura inglesa y 10 en la española. Originado en células epitelioides perivasculares (PEC) o "PEComa" y cuya característica común es su positividad inmunohistoquímica al HMB-45. Aunque en la literatura médica hay descritos pocos casos que asocian Melanoma y Sarcoma, consideramos que este es el primer caso que se presentan de forma simultánea un Melanoma Coroideo asociado a un PEComa hepático.

CPCC122

IMAGEN MULTICOLOR DE UN HAMARTOMA COMBINADO DE RETINA Y EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA

Ana RODRÍGUEZ ORTUÑO, M.^a José GARCÍA MAYOL, Manuel LOSADA MORELL

Introducción: El hamartoma combinado de retina y epitelio pigmentario de la retina (EPR) es una malformación rara y benigna de la retina neurosensorial, el EPR y el vítreo adyacente. A pesar de su benignidad puede darse en el contexto de síndromes con grave afectación sistémica. Por ello, es importante el diagnóstico y despistaje de enfermedades asociadas. En la actualidad, disponemos de tecnología cada vez más rápida y útil en el diagnóstico de enfermedades retinianas evitando la invasividad de técnicas como la angiografía. La última generación de Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) dispone de una modalidad de captura multicolor que nos proporciona datos interesantes para el diagnóstico de patología retiniana. Esta imagen se compone a su vez de tres simultáneas según la reflectancia de la luz (azul, verde e infrarrojo). Las diferentes longitudes de onda penetran a distintas profundidades aportándonos detalles de las capas retinianas.

Caso clínico: Varón de 30 años, sin antecedentes de interés que consulta por disminución de agudeza visual (AV) de ojo izquierdo (OI) de un mes de evolución. A la exploración; su mejor AV corregida es: 1 en el OD y 0'4 en el OI. En la imagen multicolor, se observa una lesión peripapilar nasal, sobrelevada e hiperpigmentada, con vasos tortuosos y atrofia coriorretiniana peripapilar subyacente. La OCT nos muestra una elevación retiniana hiperreflectante con sombra hiporreflectante subyacente, distorsión de toda la arquitectura retiniana y membrana epirretiniana asociada. Con una sola técnica y en una sola toma podemos diagnosticar al paciente de un hamartoma combinado de retina y EPR.

Conclusiones: La imagen multicolor tiene muchas aplicaciones y, en algunos casos, puede reemplazar a la retinografía convencional. No obstante, se necesitan más estudios que validen detalles retinianos de la imagen multicolor con la imagen convencional y otras modalidades para poder extender su uso.

CPCC123

TERAPIA FOTODINÁMICA ASOCIADA A ANTI-VEGF EN EL TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA COROIDEO CIRCUNSCRITO

Leticia RODRÍGUEZ VICENTE, María CHACÓN GONZÁLEZ, Ana I. OCA LÁZARO, Víctor S. SOTO BIFORCOS, M.^a Ester LIZUAÍN ABADIA, Eva M.^a RODO ARNEDO

Introducción: El hemangioma coroideo circunscrito (HCC) es un hamartoma benigno vascular considerado raro. Las pruebas de imagen resultan fundamentales para su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Varón de 50 años con disminución de la agudeza visual ojo izquierdo (OI). Como único antecedente refirió tratamiento con corticoides tópicos durante 15 días hasta el día previo al episodio actual. La mejor agudeza visual corregida fue de 0.4 en OI. La exploración del polo anterior fue normal, así como la presión intraocular. En el fondo de ojo OI, se encontró un desprendimiento macular de aspecto seroso y una lesión de coloración asalmonada cerca de la papila. Debido a esta imagen se realizó una tomografía de coherencia óptica (OCT) macular cuyo resultado fue coincidente con estos hallazgos. La angiografía fluoresceínica reveló una hiperfluorescencia precoz del tumor. La ecografía mostró una sobreelevación cupuliforme, de densidad sólida y con elevada reflectividad interna. En la resonancia magnética el tumor presentó hiperintensidad en T1 y T2. En la autofluorescencia el tumor mostró, hipofluorescencia y fluido subretiniano. Se realizó una angiografía con verde de indocianina que manifestó el fenómeno “wash-out “ característico del HCC. Descartada la malignidad del tumor se decidió tratar al paciente mediante una sesión de terapia fotodinámica. Se realizaron dos impactos no confluyentes sobre superficie del tumor. Posteriormente se programaron 2 inyecciones de Ranivizumab, con un intervalo de 1 mes. 2 meses después de la última inyección, el paciente presentó una AV de 1.0 en OI. En la OCT no presentó hallazgos de presencia de fluido subretiniano.

Conclusiones: El HCC se manifiesta como un tumor aislado unilateral sin manifestaciones sistémicas. El diagnóstico diferencial debe incluir lesiones de tipo maligno. El tratamiento con terapia fotodinámica asociado a la terapia coadyuvante con anti-VEGF es una alternativa prometedora en el manejo de esta patología.

CPCC124

CORIORRETINITIS ESCLOPETARIA POR CUERPO EXTRAÑO METÁLICO INTRAORBITARIO

José L. ROMERO TREVEJO, Navin RACHWANI PARSHOTAM

Introducción: Se presenta un caso de coriorretinitis esclopetaria por cuerpo extraño metálico intraorbitario.

Caso clínico: Varón de 44 años que acude a Urgencias tras recibir el impacto de una bala rebotada en el ojo derecho. El paciente refiere dolor y miodesopsias en el campo temporal. A la exploración, la MAVC es de 1, PIO de 22 mm Hg, pupila isocórica y normorreactiva y MOE conservados, sin diplopía. La BMC resulta anodina, salvo por la presencia de hiperemia conjuntival nasal y quemosis de carúncula. En el canto interno se observa una herida de unos 3 mm, paralela al borde palpebral superior, que no afecta al canalículo lagrimal. En el fondo del ojo se aprecia una condensación vítrea anterior a la papila que impide su valoración, mácula estructurada y hemorragias prerretinianas dispersas en arcada inferior. En periferia, aparecen imágenes de contusión y hemorragias prerretinianas y subretinianas en sábana entre las II y las V, condensación vítrea y hemovítreo. La OCT no aporta ningún hallazgo patológico en mácula y nervio óptico. El TAC orbitario informa de la presencia a nivel intraorbitario, extraocular y extraconal de un cuerpo extraño metálico de unos 4 mm, adyacente a la cara medial del globo ocular y a la inserción del músculo recto interno. El paciente se deriva a Cirugía Oral y Maxilofacial, donde se decide un manejo conservador, instaurándose tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía oral y tobramicina-dexametasona por vía tópica en pauta descendente. Las sucesivas revisiones confirman la desaparición de los síntomas, observándose una disminución progresiva del tamaño y extensión de las lesiones del fondo del ojo. A los dos meses, se realiza un campo visual y una AFG que demuestran la buena evolución del proceso.

Conclusiones: La coriorretinitis esclopetaria es una entidad rara en la que se produce una inflamación proliferativa coriorretiniana como consecuencia de la onda expansiva tras la entrada de una bala entre el globo ocular y la órbita.

CPCC125

RETINOPATÍA POR VALSALVA TRATADA CON HIALOIDECTOMÍA YAG, NUESTRA EXPERIENCIA

José M. RUIZ LLAMES, Carmen R. CORZO FERNÁNDEZ, Joaquín CASTRO NAVARRO, Carmen GONZÁLEZ CASTAÑO

Introducción: La retinopatía por Valsalva es una patología retiniana infrecuente, caracterizada por la extravasación de sangre capilar a nivel prerretiniano (subhialoideo o bajo limitante interna) por una subida brusca de la presión intratorácica. Si esta extravasación se produce en área premacular, el sujeto puede notar una pérdida súbita de visión. Dado el carácter autolimitado de este sangrado, puede observarse la evolución de este o intentar el drenaje de dicha hemorragia mediante hialoidectomía con láser YAG o vitrectomía.

Caso clínico: Presentamos cuatro casos de sujetos jóvenes sanos que mostraron retinopatía por Valsalva premacular y fueron tratados con hialoidectomía YAG, con posterior recuperación completa. El primer caso es de una embarazada de 26 semanas, siendo el resto varones jóvenes sanos. Todos los casos refieren esfuerzos de mayor o menor intensidad como desencadenante. Presentamos retinografías previas e inmediatamente posteriores al tratamiento con YAG, pudiendo apreciarse como se inicia la salida a cavidad vítrea de la extravasación hemorrágica tras los impactos, así como su evolución hasta la reabsorción completa, sin apreciarse hasta el momento ningún efecto adverso. Presentamos igualmente el seguimiento por tomografía de coherencia óptica.

Conclusiones: La hialoidectomía con láser YAG como tratamiento de la retinopatía de Valsalva presenta buenos resultados en cuanto a pronta recuperación visual, seguimiento a largo plazo y seguridad según nuestra experiencia.

CPCC126

IMPPLICACIONES Y MANEJO DEL IMPLANTE ACCIDENTAL DE OZURDEX INTRACRISTALINIANO

Marcos RUIZ SÁNCHEZ, Marta RIQUELME CANO, Rosa M.^a REIGADAS LÓPEZ

Introducción: La comercialización de los implantes intravítreos de Ozurdex ha supuesto un gran avance en el tratamiento de numerosas patologías. Sin embargo, también ha originado nuevas complicaciones como la migración del implante o su inserción accidental intracristaliniana, cuyo manejo supone un importante reto.

Caso clínico: Varón de 72 años de edad en seguimiento por la Unidad de Retina Médica de nuestro Hospital por edema macular diabético. Su AV era de 0,5 en OD y 0,05 en OI. En la biomicroscopía se apreciaba una catarata cortical en AO y en el fondo de ojo presentaba retinopatía diabética no proliferativa moderada con edema macular. Se decidió iniciar tratamiento con Ranibizumab intravítreo y ante la falta de respuesta se decidió realizar cambio de tratamiento a Ozurdex.

La inyección del implante se realizó accidentalmente en el interior del cristalino. En el seguimiento post-operatorio no se apreció reacción inflamatoria, progresión de la catarata o aumento de la presión intraocular (PIO). El implante resultó efectivo, consiguiendo la desaparición del edema macular.

Se decidió mantener actitud expectante. Ante la falta de signos de desintegración del implante 6 meses después y el inicio de elevación de la PIO se realizó facoemulsificación e implante de LIO en sulcus. La AV al final del proceso era de 0,1.

Conclusiones: La inyección accidental de Ozurdex intracristaliniana modifica su farmacocinética, incrementando el tiempo necesario hasta su desintegración. La realización de la cirugía puede retrasarse mientras la opacidad de medios no impida el control de la patología macular y no se incremente la PIO dado que el implante es también efectivo en esta localización.

CPCC127

MACULOPATÍA HIPOTÓNICA TRAS TRAUMATISMO NO PERFORANTE

Aguas Santas SÁNCHEZ RULL, Lourdes M.^a COCA GUTIÉRREZ

Introducción: La maculopatía hipotónica es una patología caracterizada por el desarrollo de pliegues retinocoroideos en el polo posterior, en pacientes con baja presión intraocular (generalmente inferior a 5mmHg). Que el origen de la misma se encuentre tras un traumatismo contuso es infrecuente, siendo su causa principal la cirugía filtrante de glaucoma

Caso clínico: Paciente varón de 12 años que acude por traumatismo contuso en OD por disparo de bola de plástico, presentando disminución de agudeza visual (AV), pequeña lesión conjuntival, Tyndall (+), cámara anterior más estrecha, pliegues en polo posterior y edema retiniano periférico en región temporal superior con PIO en 2 mmHg. En la OCT (tomografía de coherencia óptica) presenta pliegues de las capas internas de la retina sin alteración del perfil foveal. La biomicroscopía ultrasónica (BMU) evidencia una fístula del cuerpo ciliar con aumento del espacio supracoroideo. Tras un tratamiento corto con corticoides orales, una pauta larga y descendente de corticoides tópicos (comenzando con una gota cada hora) y colirio de atropina 0.5 % cada 8 horas, se produce una evolución a la resolución espontánea 2 meses después del traumatismo. En fondo de ojo, OCT y retinografía se observa la resolución completa, sin ninguna secuela, de la patología, siendo la AV de 1.

Conclusiones: La baja frecuencia de esta patología no ha permitido tener un protocolo de tratamiento establecido para el manejo de la fístula. Distinguimos 3 escalones terapéuticos: conservador (médico), semiconservador (ciclotocoagulación) y quirúrgico (ciclopexia quirúrgica, criocoagulación o vitrectomía pars plana). Tendremos que considerar siempre la opción de una resolución espontánea de la fístula, como el caso que nos ocupa.

CPCC128

ISQUEMIA COROIDEA Y DESPRENDIMIENTOS SEROSOS RETINIANOS EN PREECLAMPSIA

Nancy UZCÁTEGUI RODRÍGUEZ, Davinia CALERO CARBALLO, Claudia CALIÓ CONTE

Introducción: La preeclampsia es una complicación obstétrica hipertensiva que produce cambios vasculares a nivel sistémico caracterizados por un vasoespasmo generalizado que puede afectar a casi cualquier órgano del cuerpo incluido el sistema visual en un 30% de los casos. Una de las formas de presentación de esta afectación es la aparición de desprendimientos serosos retinianos relacionados con la presencia de isquemia coroidea. Este cuadro clínico aunque está descrito en la literatura, es muy poco frecuente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 41 años primigesta de embarazo gemelar que presentó un cuadro de preeclampsia grave en el puerperio inmediato acompañado de síntomas visuales como escotoma central, metamorfopsias, y visión borrosa bilateral, a la exploración oftalmológica la agudeza visual era de 0,9 en ojo derecho y de 0,5 en ojo izquierdo, se observaron múltiples desprendimientos serosos con alteraciones del epitelio pigmentario en ambos ojos y en la angiofluoresceingrafía un patrón de isquemia coroidea. Después de cuatro meses los desprendimientos serosos se reabsorbieron por completo persistiendo una alteración del epitelio pigmentario a nivel foveal en ambos ojos, la agudeza visual final en ojo derecho es de 1 y en ojo izquierdo de 0,7.

Conclusiones: Los espasmos arteriales que se producen durante la preeclampsia pueden causar disminución importante de la perfusión coroidea que se manifiesta frecuentemente con desprendimientos serosos de retina, alteraciones del epitelio pigmentario y en la angiofluoresceingrafía patrones de isquemia coroidea de distintos grados. La evolución de éste cuadro generalmente es favorable con recuperación completa sin embargo en algunos casos como el que presentamos anteriormente puede resultar una pérdida de agudeza visual permanente.

CPCC129

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO CAUSA DEL ORIGEN O CRONIFICACIÓN DE LA CORIORETINOPATIA CENTRAL SEROSA

Manuel D. VALDEARENAS MARTÍN, Daniel RÍOS SIMÓN, Antonio PÉREZ RUEDA

Introducción: La etiología y patogenia de la Corioretinopatía Central Serosa no está completamente dilucidada. Se esgrimen diferentes factores, teniendo casi todos ellos en común la presencia de una alteración vascular coroidea subyacente. La HTA maligna y la HTA de la Eclampsia han sido relacionadas con la aparición de desprendimientos serosos retinianos. Sin embargo un proceso de HTA como origen claro no ha sido relacionado fehacientemente.

Caso clínico: Varón de 58 años con antecedentes de CSC crónica de 4 años de evolución. El paciente está diagnosticado de Espondilitis Anquilosante B27+ y se encontraba en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos de forma crónica. El cuadro de CSC había sufrido un curso tórpido, con crisis cuya resolución se han ido prolongando en el tiempo y con un incremento en su frecuencia. La AV ha sido de 1.0 y sólo existe un deterioro de la visión cromática.

En Febrero del 2016 el paciente sufrió 2 crisis de "vértigo" con oscilopsia motivo por el que fue derivado urgente a Neurología, descubriéndose una HTA de 20/10. Se realizó una RMN que demostró la existencia de lesiones difusas en sustancia blanca. El episodio fue catalogado como secundario a HTA y se instauró tratamiento antihipertensivo. 3 días después de iniciado el tratamiento antihipertensivo la CSC se resolvió y no ha habido recidiva desde entonces.

Conclusiones: La HTA, en este caso desconocida, puede ser responsable del inicio o la cronificación de una CSC. A veces en pacientes jóvenes o de mediana edad se trata de hipertensiones o picos nocturnos. En este enfermo hemos podido constatar que algunas crisis de recidiva aparecían tras noches en las que había sufrido pesadillas nocturnas. Sería posible que las lesiones descubiertas en la RMN tuvieran el mismo origen patogénico que las observadas en la CSC?. Debe incluirse el despistaje de HTA en pacientes con CSC.

CPCC130

OSTEOMA COROIDEO. UTILIDAD DE LA OCT

Johanna I. VARGAS SÁNCHEZ, Raquel SORIANO GIL, Luis E. PÉREZ GONZÁLEZ

Introducción: El Osteoma Coroideo es un tumor benigno, muy raro, compuesto de auténtico tejido óseo. Se presenta como una lesión amarillenta en la región yuxtapapilar o macular de la coroides. Afecta típicamente a mujeres sanas entre los 20 y 30 años de edad y suele ser unilateral. Aunque presenta características de benignidad puede crecer y decalcificarse provocando el adelgazamiento del epitelio pigmentario de la retina, y la pérdida de fotorreceptores, con la consecuente pérdida de visión. El diagnóstico se basa en la funduscopia y otras pruebas de imagen como la ecografía y la tomografía orbitaria (TC). La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) nos permite monitorizar los cambios en la densidad tumoral y detectar la aparición de neovascularización coroidea (NVC).

Caso clínico: Varón de 14 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por disminución de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) de 2 meses de evolución. A la exploración presentaba AV OD 0.7 y en OI 1. Segmento anterior normal. La funduscopia del OD mostró una lesión subretiniana blanco amarillenta, levemente elevada con márgenes definidos que afectaba la mácula. La SD-OCT mostró alteración del segmento externo de fotorreceptores y fluido subretiniano en zona papilomacular junto con una elevación macular e hiperreflectividad coroidea submacular. Se solicitó una ecografía ocular que evidenció una lesión hiperecólica yuxtapapilar con sombra acústica posterior. La TC mostraba una lesión hiperintensa confirmando el diagnóstico de Osteoma Coroideo.

Conclusiones: El osteoma coroideo, dada su localización y distorsión que provoca en la retina junto a la posibilidad de aparición de NVC, suele conducir a una pérdida de visión. La OCT nos permite realizar el seguimiento del tumor así como detectar la aparición de complicaciones. Sin embargo las técnicas tradicionales (ecografía y TC) son necesarias para confirmar el diagnóstico dada la composición cálcica de este tumor.

CPCC131

UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA GRANULOMATOSA HIPERTENSIVA BILATERAL ASOCIADA A TRATAMIENTO PROLONGADO CON UNA COMBINACIÓN FIJA DE BRIMONIDINA Y BRINZOLAMIDA

Soledad AGUILAR MUNOYA, Jaime ALMENDRAL GÓMEZ, Álvaro CORRALES BENÍTEZ, Irene CAMACHO BOSCA, Clara VALOR SUÁREZ, Javier GARCÍA BELLA

Mujer de 72 años con antecedentes de asma bronquial y DMID, que acudió a urgencias por dolor, enrojecimiento y visión borrosa de aparición subaguda en ambos ojos.

Como antecedentes oftalmológicos, había sido intervenida de cataratas AO, estaba panfotocoagulada (AO) por RDP y padecía EMD leve bilateral sin tratamiento intravítreo hasta entonces. Además padecía GCAA AO (estadio temprano Hodapp con MD <-6dB en CV), en tratamiento con combinación fija de brimonidina (0,2%) y brinzolamida (2%) desde hacía 1 año. Había recibido tratamiento con travoprost y brinzolamida pero se retiraron las prostaglandinas por EMD y los beta-bloqueantes no podían emplearse por asma bronquial.

Refería sintomatología de conjuntivitis bilateral de más de 6 meses de evolución, que no había remitido pese a diversos tratamientos (ketotifeno, fluorometolona, lágrima artificial...) y que ella asociaba al cambio de tratamiento hipotensor. Siendo estos los únicos compuestos que podían emplearse, se decidió mantenerlos.

A la exploración se observó hiperemia mixta 2+ en AO con intensa reacción folicular tarsal, PRKs granulomatosos en mitad inferior del endotelio, Tyndall de 2+ y PIO de 40 mmHg en OD y 45 mmHg en OI.

Ante la sospecha clínica de uveítis inducida por brimonidina, se retiró éste y se trató a la paciente de forma intensiva con corticoides tópicos y acetazolamida vía oral, obteniendo una recuperación completa en tan solo 2 semanas y retirándose los corticoides sin observarse recidivas en las semanas sucesivas.

Conclusiones: La uveítis inducida por brimonidina 0,2% es una reacción adversa poco frecuente y relativamente poco conocida que suele aparecer en pacientes con tratamiento prolongado con este fármaco. Los casos publicados suelen haber recibido tratamiento durante alrededor de 1 año y en muchas ocasiones viene precedida por un cuadro de conjuntivitis crónica folicular, que podría ser marcador de riesgo. El mecanismo implicado parece corresponder a la hipersensibilidad tardía.

CPCC132

NEURORRETINITIS BILATERAL: EVOLUCIÓN DE UN CASO IDIOPÁTICO

Ana M.^a ALFARO JUÁREZ, Asunción ALFARO JUÁREZ, Carlos SÁNCHEZ MERINO

Introducción: Se define neurorretinitis como la inflamación del nervio óptico y la retina, principalmente con exudados depositados en la mácula en forma de estrella. Los exudados maculares tardan en aparecer una o dos semanas, por lo que al principio se puede confundir con una neuropatía por hipertensión intracraneal o enfermedad desmielinizante. La mayoría tiene origen infeccioso, aunque hay casos idiopáticos y una forma idiopática y recurrente. El proceso infeccioso más veces identificado es la enfermedad por arañazo de gato, donde la afectación suele ser unilateral y autolimitada. Otras causas infecciosas son la sífilis y la enfermedad de Lyme, donde puede ser uni o bilateral y simétrica. Hay casos de origen viral precedidos por un cuadro gripal. Otros agentes infecciosos menos frecuentes son: toxoplasmosis, toxocariasis e histoplasmosis. Como causa no infecciosa hay que descartar: hipertensión intracraneal maligna, papilopatía diabética y pseudotumor cerebri.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por disminución de agudeza visual bilateral de unos días de evolución. En la exploración presentaba una agudeza visual de 1/10 en ojo derecho y 1/8 en ojo izquierdo. El segmento anterior no presentaba alteraciones. En el fondo de ojo se apreciaba únicamente un edema de papila bilateral que en unos días evoluciona hacia la aparición de una estrella macular bilateral y hemorragias en llama alrededor de la papila. No presencia de vitritis. El paciente refiere contacto con animales sin recordar ningún incidente relacionado con ellos. En los días previos a los síntomas visuales presentó cefalea y fiebre. Se solicitaron pruebas de imagen, angiografía con fluoresceína, estudio de líquido cefalorraquídeo y serologías. A la espera de resultados se pautó tratamiento con corticoides y doxiciclina vía oral. Las pruebas complementarias fueron negativas encontrando únicamente una reacción linfocitaria inespecífica en el líquido cefalorraquídeo. Tres semanas después la agudeza visual empieza a mejorar y la papilitis disminuye. Se inicia pauta descendente de corticoides y se continúa el tratamiento antibiótico. Seis semanas después del inicio de los síntomas el tratamiento se suspende por mejoría clínica. Un año después la agudeza visual era de 1 en ojo derecho y 2/3 en ojo izquierdo sin presentar recidivas. La elevación papilar había desaparecido dejando cierta palidez y en ambas máculas apareció maculopatía en celofán.

Conclusiones: Se clasificó como una neurorretinitis idiopática ya que las serologías resultaron negativas, aunque es probable el origen infeccioso por el antecedente del contacto con animales y el cuadro febril, con la particularidad de tratarse de un cuadro bilateral. En general el pronóstico de las neurorretinitis es bueno, se pueden resolver de forma espontánea, aunque lo hará más rápidamente con el tratamiento antibiótico adecuado. Cuando se sospecha causa infecciosa está indicado tratar con antibiótico que cubra enfermedad por arañazo de gato a la espera del resultado de la serología. En caso de serología positiva para sífilis o borrelia se considera afectado el sistema nervioso central y precisa tratamiento intravenoso.

CPCC133

PANUVEITIS EN NIÑO DE 8 AÑOS CON UNA FORMA AGRESIVA DE COLITIS ULCEROSA TRATADO CON ADALIMUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina BLANCO ÁNGEL, Silvia MIRANDA ANTA, Natalia PALMOU

Introducción: Los datos de las manifestaciones oculares en niños con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son limitados. Algunos autores han reportado resultados satisfactorios con adalimumab en niños con uveítis asociada a EII, a pesar de ello no existe un consenso en el tratamiento que debería ser ofrecido a niños con uveítis asociada a colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Describimos el caso de un niño de 8 años con una colectomía total e ileostomía debido a una forma agresiva de CU y una historia de panuveítis recurrentes en el ojo derecho. En esta ocasión el niño debutó con pérdida de visión, edema palpebral, uveítis anterior aguda (UAA) y edema macular cistoide (EMC). Las serologías para HLA-B27, FR y ANAs fueron negativas.

Resultados: El paciente fue tratado con corticosteroides tópicos y orales. En un intento de minimizar los efectos secundarios se trató también con adalimumab (25mg/ 15 días) y la dosis de corticosteroides fue reducida progresivamente.

Las manifestaciones clínicas fueron registradas 1, 3, 6 y 9 meses tras el tratamiento. La agudeza visual mejoró de 0,4 a 1, la celularidad en cámara anterior desapareció por completo y el grosor foveal central disminuyó de 870 micras a 280 micras. Después de 9 meses de tratamiento el paciente permanece asintomático.

Conclusiones: Existe una clara demanda de terapias ahorradoras de corticoides en la población pediátrica con uveítis no infecciosa. Adalimumab está indicado para pacientes a partir de 6 años de edad con EII como enfermedad de Crohn, y uveítis asociada pero aún no ha obtenido la indicación en el caso de la colitis ulcerosa, dónde creemos que podría jugar también un papel decisivo en el tratamiento.

CPCC134

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ESPECTRAL (SD-OCT) PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA NECROSIS RETINIANA AGUDA (NRA) POR VIRUS VARICELA ZOSTER

Ana M.^a CHINCHURRETA CAPOTE, Ana B. GONZÁLEZ ESCOBAR, Mercedes LORENZO SOTO

Introducción: La evaluación de pacientes con retinitis infecciosa puede ser clínicamente diferente según la identificación de las capas afectas; además, la respuesta a la terapia se sostiene en el examen clínico y retinografías seriadas que a veces pueden ser equívocas. La llegada de la SD-OCT ha significado un gran impacto, al aportar detalles microestructurales para poder aclarar la patogénesis y curso clínico de dichas retinitis.

Caso clínico: Paciente varón de 71 años en estadio 4 (A3) de su insuficiencia renal secundaria a nefropatía IgA y en tratamiento con micofenolato mofetilo. Presenta NRA unilateral por virus varicela zoster en su ojo derecho (OD); se le trata con múltiples inyecciones de ganciclovir intravítreo, aciclovir intravenoso y oral durante meses. A través de la SD-OCT se demostró disrupción completa de la arquitectura y engrosamiento difuso retiniano. Se pudo demarcar el área de retinitis activa y la no afecta. La inactividad se observó con el paso del área engrosada a atrófica. El desprendimiento de la hialoides posterior condujo a desprendimiento de retina inferior y temporal.

A pasar de la terapia agresiva, la retinitis del OD se diseminó a mácula y nervio óptico. El resultado de visión fue de movimiento de manos.

Conclusiones: La SD-OCT es una herramienta adyuvante muy útil al examen clínico y retinografías seriadas. Aporta detalles de alta resolución como el borde la actividad infecciosa, la interfase vitreoretiniana y la diferenciación de lesiones que pueden simular clínicamente una retinitis activa. La SD-OCT también proporciona una mayor información de la respuesta a la terapia y los cambios post-infecciosos de la retina, destacando las áreas que están en mayor riesgo de complicaciones como el desprendimiento de retina.

CPCC135

ONDULACIONES DEL EPR EN LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VKH COMO FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE

José M. DÍAZ BERNAL, Encarnación JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, Paloma RIVERA DE ZEA

Introducción: La enfermedad de VKH es un trastorno idiopático de etiología autoinmune que provoca inflamación en tejidos que contienen melanocitos como la úvea. A nivel oftalmológico, en la fase aguda de la enfermedad, induce sobretodo inflamación de carácter granulomatoso en cámara anterior así como desprendimiento seroso retiniano a nivel posterior. En diversos estudios recientes se ha sugerido la correlación entre la intensidad de los pliegues del EPR en esta fase aguda con las recurrencias de la enfermedad y el pronóstico visual.

Casos clínicos: Basándonos en la clasificación de las ondulaciones del EPR (grados 0,1,2,3) en OCT así como en la valoración inicial del grosor coroideo medido mediante EDI-OCT se realiza el seguimiento de dos pacientes con diagnóstico inicial de VKH. Se instaura bolo inicial de corticoides intravenosos seguidos de orales en dosis decreciente. El primero de los casos no presentaba ondulaciones en el EPR al diagnóstico (grado 0 de 3) mientras que el segundo sí las presentaba (grado 2 de 3). En el primer caso (grado 0) se observó una evolución favorable con una mejor agudeza visual corregida final de 20/20 y no tuvo recurrencias posteriores. En el segundo caso, en cambio, la agudeza final fue de 15/20 y hubo dos nuevas recurrencias que ante la no respuesta a corticoides obligaron al empleo de fármacos biológicos (anti-TNF) así como de metrotexato.

Conclusiones: Las ondulaciones del EPR observadas en OCT son en gran medida el reflejo del aumento del grosor coroideo valorado con EDI-OCT, y constituyen un factor pronóstico independiente a tener en cuenta a la hora de valorar un brote agudo inicial de la enfermedad de VKH. Se ha propuesto asimismo que el aumento del grosor coroideo se correlaciona con el grado de inflamación y éste a su vez con el aumento de las ondulaciones en el EPR. Por tanto, dicho grosor constituye un parámetro clave en la valoración inicial así como en el seguimiento (mediante EDI-OCT) del síndrome de VKH.

CPCC136

EFICACIA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Carmen DURÁN GUERRERO, María JEREZ FIDALGO, Javier J. MÁRQUEZ ROMERO

Introducción. La enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad multisistémica tipo vasculitis caracterizada por brotes de inflamación recurrente de mucosa oral y genital, tracto uveal, vasos, piel y sistema nervioso central. El tratamiento se basa en corticoides e inmunosupresores.

Casos clínicos. Presentamos 3 casos de uveitis refractarias a tratamiento convencional en el contexto de una EB confirmada, una sospecha de EB y un Neurobehçet con buena respuesta a terapia biológica.

Caso 1: Mujer, 29 años, diagnosticada de EB tras episodio de uveitis intermedia (UI) en ojo derecho, asociado a aftas orales, eritema nodoso en miembros inferiores y positividad a HLAB51. Tras empeoramiento y aparición de edema macular, se inicia tratamiento con corticoides, azatioprina e Infliximab. Los corticoides se redujeron de forma lenta y progresiva y la uveitis está controlada.

Caso 2: Varón, 45 años, con uveitis anterior aguda (UAA) con hipopion y coroiditis en ojo izquierdo y sospecha de EB por positividad a HLAB51. Tras un primer tratamiento con corticoides, metotrexate y ciclosporina sin control, se decide iniciar tratamiento con Adalimumab, que ha permitido reducir la dosis de corticoides, disminuir la intensidad de los brotes de UAA y mejor respuesta al tratamiento local con corticoides. *Caso 3:* Varón, 17 años, diagnosticado de Neurobehçet que presenta brotes agudos y alternantes de panuveitis, tratado inicialmente con prednisona oral, azatioprina e Infliximab. Tras observar escasa respuesta terapéutica, se decide sustituir por Tocilizumab consiguiendo un mejor control de la inflamación ocular.

Conclusiones. Los fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) han demostrado reducir de forma significativa el número de brotes de uveitis, prevenir las recurrencias y mejorar la agudeza visual en pacientes con EB. En casos resistentes a dicha terapia, el anticuerpo antireceptor de IL-6 (Tocilizumab) puede ser una alternativa terapéutica.

CPCC137

EFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN UVEITIS REFRACTARIA ASOCIADA A ESPONDILOARTROPATIA

Yrbani LANTIGUA DORVILLE, Jose M. ALONSO MAROTO, Idaira SÁNCHEZ SANTOS, Jesus OLEA CASCÓN

Introducción: En los últimos años se ha avanzado mucho en el tratamiento de las diferentes formas de uveítis, sobretodo en las formas no infecciosas, donde las terapias dirigidas al factor de necrosis tumoral- α (TNF) continúan siendo los fármacos biológicos de uso más extendido. Sin embargo, el enfoque terapéutico resulta extremadamente difícil en casos de fracaso terapéutico o mala respuesta los fármacos anti-TNF- α . La interleuquina (IL)-6 tiene un papel crítico en las vías patogénicas de la uveítis, por lo que su bloqueo mediante fármacos anti IL-6 puede resultar útil para controlar algunos tipos de uveítis.

Caso clínico: Paciente de 42 años con antecedente de uveítis anterior crónica en OD asociada a espondilitis anquilosante HLA-B27 con fracaso terapéutico a corticoides tópicos y sistémicos, Adalimumab + Metotrexato y posteriormente Infliximab.

En la exploración presentaba en OD agudeza visual (AV) sin corrección (SC) de 0,1, con reacción inflamatoria de 3+ en cámara anterior (CA) con sinequias posteriores a lente intraocular. La presión intraocular era de 20 mmHg y en el fondo de ojo se evidenciaba edema macular (EM) quístico que se confirmó mediante OCT. Ojo izquierdo (OI) sin alteraciones significativas.

Se inició tratamiento con implante intravitreo de Dexametasona sin conseguir disminuir el EM y persistencia de la inflamación de CA. Por lo que se decidió cambiar a Tocilizumab intravenoso 8mg/kg cada 4 semanas asociando Metotrexato 20mg subcutáneo, logrando controlar totalmente el EM y la inflamación intraocular.

Actualmente, tras 6 meses de tratamiento, la AV SC del OD es 0,8. Sin inflamación de CA y sin evidencia objetiva de EM.

Conclusiones: A pesar de que los fármacos anti TNF- α son muy eficaces para controlar la mayoría de uveítis no infecciosas, sin embargo, no siempre es así. En el presente caso, el Tocilizumab parece representar una opción terapéutica válida para la uveítis asociada a espondiloartropatía que ha sido refractaria a los anti TNF.

CPCC138

SÍNDROME DE MÚLTIPLES PUNTOS BLANCOS EVANESCENTES EN UNA NIÑA: DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

M.^a ISABEL PÉREZ CABEZA, César F. MAÑAS UXÓ

Introducción: Síndrome de Múltiples Puntos Blancos Evanescientes (SMPBE) es una enfermedad inflamatoria idiopática e infrecuente de retina; típicamente afecta a mujeres sanas en segunda a cuarta décadas. Produce descenso de agudeza visual (AV) unilateral, fotopsias y escotomas centrales-paracentrales. Puede haber un antecedente viral prodrómico. Se observan puntos amarillo-naranja de 100-200 micras, en epitelio pigmentario/retina profunda en área perifoveal que desaparecen dejando cambios granulares pigmentarios maculares (patognomónico). En la angiografía fluoresceína (AFG) se ven lesiones hiperfluorescentes y con indocianina verde (ICV) lesiones hipofluorescentes más numerosas de las que se ven en clínica. Los hallazgos de campo visual (CV) son variables y en tomografía de coherencia óptica (OCT) hay alteración reversible de la capa elipsoide.

Caso clínico: Paciente de 11 años que consulta por visión de mancha en ojo derecho (OD). Previamente tuvo resfriado. AV de OD de 0.05, tyndall +, tyndall vitreo de 0.5+, alteración pigmentaria macular (granulado de fovea con zonas amarillentas-naranjas y zonas pigmentadas). OCT OD: Defectos multifocales en capa de unión de segmentos internos/externos de fotorreceptores (elipsoide). Depósitos hiperreflectivos en retina externa en área foveal. CV OD: Aumento de mancha ciega con escotoma arciforme. AFG: tinción tardía de la papila OD. ERG pattern derecho: latencia aumentada, sugestivos de una alteración de la respuesta macular derecha. Hemograma y serología: normales. Mejoría progresiva presentando a los nueve meses AV de 1 ambos ojos y muy leve granulado macular en OD con OCT normal.

Conclusiones: Pronóstico excelente con recuperación de AV en 2-10 semanas sin tratamiento aunque las fotopsias o el aumento de la mancha ciega pueden persistir meses. Recurrencias en 10-15% de casos con el mismo buen pronóstico. La peculiaridad del caso es la corta edad de la paciente y el mayor tiempo para conseguir la completa recuperación.

CPCC139

VASCULITIS DE KYRIELEIS COMO MANIFESTACIÓN DE UVEITIS POR TOXOPLASMA

Belén SÁNCHEZ CAÑAL, M.^a Caridad MARTÍNEZ HERGUETA

Introducción: La toxoplasmosis ocular es una enfermedad causada por una infección por *Toxoplasma gondii*. Aunque en la mayoría de las ocasiones la clínica típica es en forma de un foco de coriorretinitis, menos común aparece en forma de inflamación vítrea .

Caso clínico: Mujer de 60 años de edad que acude por presencia de pérdida de visión en ojo derecho (OD) de varios días de evolución. A la exploración presentaba una agudeza visual (AV) de 0.2 en OD; en la biomicroscopía se visualizaba una córnea clara con depósitos retroqueráticos en grasa de carnero, depósitos pigmetarios sobre cápsula anterior de cristalino y tyndal +++, asimismo presentaba una intensa vitritis posterior que impedía visualizar el polo posterior por lo que se inició tratamiento con corticosteroides tópicos y se remitió para estudio sistémico uveítico. La serología reveló IgG + *Toxoplasma*. El Mantoux fue negativo por lo que se descartó enfermedad tuberculosa.

Tras 12 días con tratamiento corticoideo tópico, se empieza a visualizar el fondo de ojo que deja intuir la presencia de una papilitis temporal en OD, visualización de pequeñas placas destelleantes en las arterias retinianas temporales correspondiente a una arteritis de Kyrieleis por lo que se decidió inicio con tratamiento corticoideo oral (1mg/kg/día) y Trimetoprim-Sulfametoxazol. Actualmente la AV ha mejorado considerablemente (0.6) así como la inflamación vítrea y la arteritis perivascular.

Conclusiones: La vasculitis de Kyrieleis es una afección rara en la que exudados blancos-amari-llentos se colocan en un patrón de cuentas en las arterias retinianas. Se asocia predominantemente a la infección por toxoplasma, pero se ha descrito en la tuberculosis, la sífilis o en una necrosis retiniana aguda. Se relacionan clásicamente con una uveítis posterior sin una correlación directa con la gravedad de la enfermedad. Las placas de Kyrieleis están siempre asociadas con la inflamación.

CPCC140

ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN COROIDITIS SERPINGINOSA

José I. SÁNCHEZ MARÍN, Alicia IDOATE DOMENCH, Iziar PÉREZ NAVARRO, Sara MARCO MONZÓN, Paula CASAS PASCUAL, Enrique MÍNGUEZ MURO

Introducción: La Coroiditis Serpinginosa (CS) es un tipo poco común de uveítis posterior crónica y bilateral, con un patrón geográfico que comienza en la zona yuxtapapilar y se extiende de manera centrífuga de forma intermitente. Se produce una afección del epitelio pigmentario retiniano (EPR), coriocapilar y coroides. La afectación macular en la fase activa, así como la fibrosis y la neovascularización coroidea son las principales causas de disminución de agudeza visual permanente e irreversible.

Caso clínico: Paciente de 80 años que comenzó con un cuadro de disminución de la agudeza visual de 6 meses de evolución en ojo izquierdo (OI) con lesiones en el fondo de ojo características de CS, con afectación yuxtapapilar y paramacular. La enfermedad continuó su curso evolutivo a pesar del tratamiento instaurado con Prednisona a altas dosis y afectando con pequeños focos en polo posterior al ojo contralateral. Finalmente se consiguió el control de la enfermedad mediante la triple terapia que consta de Prednisona, Azatriopina y Ciclosporina. Sin embargo, la paciente comenzó con efectos secundarios derivados del tratamiento en forma de edemas maleolares y astenia crónica. Debido a la base inmunitaria de la enfermedad y apoyados en la bibliografía se decidió instaurar el tratamiento con Adalimumab subcutáneo y dosis decrecientes de Prednisona vía oral. Actualmente y tras 8 meses de seguimiento, la paciente presenta un buen control de la enfermedad, además de la mejora de los efectos secundarios derivados del tratamiento previo.

Conclusiones: El Adalimumab puede suponer una buena alternativa de tratamiento en casos de CS que no se controlen a pesar del tratamiento máximo con la triple terapia, o en casos en los que no se pueda continuar con el tratamiento debido a los efectos secundarios o al mal cumplimiento de este.

CPCC141

EPITELIOPATÍA PLACOIDE POSTERIOR MULTIFOCAL AGUDA: UTILIDAD DE LA ANGIO-OCT Y LA AUTOFLUORESCENCIA DE FONDO

Hugo SANTIAGO BALSERA, Pablo GILI MANZANARO, Karla P. GONZALES FARRO, Cristina del PRADO SÁNCHEZ, María MATILLA RODERO, Alfonso ARIAS PUENTE

Introducción: La epitelopatía placoide posterior multifocal aguda (EPPMA) es una enfermedad de jóvenes-adultos caracteriza por múltiples placas amarillentas en polo posterior, con pérdida visual bilateral, frecuentemente con una antecedente de un cuadro viral. El objetivo es mostrar los hallazgos con angio-OCT y autofluorescencia (AF) en un caso de EPPMA y su evolución a lo largo de un año de seguimiento.

Caso clínico: Varón de 18 años con pérdida visual unilateral marcada en OD de 3 días de evolución, con antecedente de un cuadro pseudogripal 2 semanas antes. A la exploración presentaba una agudeza visual de CD en OD y 1 en OD. No presentaba signos inflamatorios en polo anterior. En fondo de ojo presentaba placas amarillentas múltiples en polo posterior, mucho más abundantes en OD con afectación foveolar solo en OD. La AF mostraba en las lesiones redondeadas con hipoaufluorescencia central granular con borde hiperautofluorescente y un halo levemente hipoaufluorescente. La OCT presentaba hiperreflectividad a nivel de del las capas retinianas externas, engrosamiento coroideo y atrofia de EPR. La AngioOCT mostraba en las placas amarillentas una hipoperfusión a nivel de la coriocapilar, sin afectación vascular de otras capas.

En la evolución se objetiva a partir de la cuarta semana una progresiva pigmentación de las lesiones amarillentas de fondo de ojo, mostrando en la AngioOCT una remodelación del EPR y la coriocapilar, que se correspondían con cambios hipopigmentados con ligero moteado en la AF. La evolución final fue satisfactoria con una AV final de 0,8 (OD) y 1 (OI), a pesar de las alteraciones de EPR.

Conclusiones: La Angio-OCT y la AF son pruebas no invasivas que muestran patrones característicos en la EPPMA que pueden contribuir al diagnóstico diferencial con otros síndromes de puntos blancos y al seguimiento de estos pacientes.

CPCC142

ENDOFTALMITIS ENDÓGENA DE PROBABLE ETIOLOGÍA POLIMICROBIANA

Javier SOMAVILLA LUPIÁÑEZ, José L. ROMERO TREVEJO

Introducción: Se presenta el caso de una endoftalmitis endógena de probable etiología polimicrobiana.

Caso clínico: Varón de 68 años, diabético, hipertenso, con insuficiencia renal crónica y nefrectomía izquierda por neoplasia tres años antes, que acude a Urgencias Generales por cuadro de cervicalgia, malestar general y debilidad de cinco días de evolución, asociando enrojecimiento y secreciones en ojo derecho, dolor atraumático en tobillo izquierdo y febrícula desde hace dos días. A la exploración oftalmológica, la MAVC con el OD es de percepción de luz. La BMC revela una hiperemia intensa con quemosis, córnea deslustrada, cámara anterior estrecha y sinequias anteriores y posteriores de iris. El FO es inexplorable, por lo que se solicita ecografía ocular que informa de engrosamiento parietal de polo posterior, con ecos vítreos e imagen a nivel temporal que sugiere desprendimiento de retina secundario a hemorragia, sin poder descartar un proceso inflamatorio incipiente. A la exploración general, destaca una lesión necrótica con flictenas serohemorrágicas y edema en tobillo izquierdo. Las pruebas complementarias informan del pinzamiento de ambos senos costofrénicos e infiltrado retrocardíaco, con alteraciones analíticas y hemodinámicas importantes que indican su ingreso en la UCI por sospecha de sepsis de origen desconocido. Durante su estancia en la UCI, se realizan hemocultivos, donde se aíslan *Candida albicans*, *Enterococcus faecalis* y *Citrobacter* spp. En el cultivo del exudado de las flictenas se aísla *Streptococcus pyogenes*, mientras que el cultivo del contenido ocular resulta negativo. Tras el tratamiento de su patología sistémica, la mejoría clínica de su estado general y pasado un mes desde el ingreso, se realiza evisceración ocular por evolución a perforación corneal.

Conclusiones: El tratamiento empírico tópico, intravítreo e intravenoso administrado, con antibióticos reforzados y antifúngicos, no pudo permitir un resultado más favorable del proceso.

CPCC143

MACULOPATIA PLACOIDE PERSISTENTE ASOCIADA A FENÓMENOS TROMBÓTICOS SISTÉMICOS

Amparo TORO FERNÁNDEZ, Luisa M.^a VIZUETE RODRÍGUEZ, Ilias EL BOUTAIBI FAIZ, Rafael LUCHENA LÓPEZ, Laura LLERENA MANZORRO, Laura FRAU AGUILERA

Introducción: La maculopatía placoide persistente (MPP) es una nueva entidad con características que recuerdan a la coroiditis serpinginosa pero con distinto curso y pronóstico.

Caso clínico: Mujer de 57 años, fumadora, con antecedentes de tromboflebitis en miembros inferiores (MMII) y presencia de factor de Leiden en familiares de primer grado. Tras un cuadro de fiebre, dolor costal y artralgias, etiquetado de bronquitis, acude con pérdida brusca de visión en ojo derecho (OD). El estudio oftalmológico evidenció un cuadro bilateral con agudeza visual de 0.6 (OD) y 0.8 ojo izquierdo (OI) y lesiones blanquecinas de patrón geográfico en área macular. La angiografía fluoresceínica mostraba áreas hipofluorescentes en tiempos precoces que se rellenaban solo parcialmente en tiempos tardíos y en la angiografía con verde de indocianina las lesiones fueron hipofluorescentes durante toda la prueba. La tomografía de coherencia óptica mostró alteraciones en capa nuclear externa, banda elipsoide y epitelio pigmentario. Fue tratada con corticoides sistémicos. En las semanas siguientes un dolor lacerante en MMII puso de manifiesto un cuadro severo de tromboangeitis obliterante bilateral. Desde entonces ha estado antiagregada. Meses después acude con deterioro visual adicional (OD=0.2 y OI=0.1) objetivándose neovascularización coroidea bilateral. Fue etiquetada de MPP y tratada con antiangiogénicos intravítreos. Posteriormente, coincidiendo con un periodo en el que suspende la antiagregación, debuta con un pequeño infarto protuberancial.

Conclusiones: La MPP es una nueva entidad que desarrolla con frecuencia neovascularización coroidea y pérdida de visión central. Presentamos un caso con esta evolución y asociado a diversos fenómenos trombóticos sistémicos. La coincidencia con una vasculitis oclusiva de miembros inferiores, apoya la teoría isquémica como mecanismo patogénico de esta rara maculopatía.

CPCC144

LA UVEÍTIS SIFILÍTICA COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LA NEUROSÍFILIS EN PACIENTE CON SIDA

Juan YANGUAS LUCENA, Álvaro ARCHIDONA ARRANZ, Paloma RIVERA DE ZEA

Introducción: La uveítis sifilítica (US) puede aparecer en cualquier fase de la sífilis, e incluso puede ser la manifestación inicial de esta.

Caso clínico: Varón de 39 años que acude a Urgencias por dolor, enrojecimiento y fotofobia en ojo izquierdo (OI) de 2 días de evolución. Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) es de 0,7. En la exploración del polo anterior presenta hiperemia ciliar y tyndall moderado. En el fondo de ojo se observa una lesión blanquecina en la retina, situada a las VII horas. Se realiza analítica de sangre, con resultado normal, y serología, en la que observamos positividad para sífilis (pruebas treponémica y no treponémica positivas) y para VIH. En la punción lumbar (PL), observamos aumento de los leucocitos, hemáties y proteínas en líquido cefalorraquídeo (LCR). El paciente es ingresado por US con neurosífilis probable y comienza tratamiento con penicilina G intravenosa (IV) 2 semanas, con remisión del foco de coriorretinitis en pocos días, alcanzando una MAVC de la unidad. Debido a que los niveles de CD4 son inferiores a 350, el paciente es diagnosticado de SIDA, instaurándose tratamiento antirretroviral (TAR).

Conclusiones: La US puede aparecer en cualquier fase de la sífilis, e incluso puede ser la manifestación inicial de esta, por lo que debemos incluir su diagnóstico en cualquier uveítis de etiología desconocida. Su forma de presentación más frecuente es la panuveítis, siendo bilateral en más de la mitad de los casos. El pronóstico visual es bueno si el tratamiento es precoz. Un gran porcentaje de pacientes con uveítis sifilítica presentan alteraciones en el LCR, por lo que deberá realizarse una PL. Un tercio de los pacientes diagnosticados de sífilis presentan coinfección por VIH, por lo que debemos descartar dicha infección. El paciente VIH positivo debe ser tratado de la misma forma que un paciente VIH negativo, excepto en casos de inmunodepresión ($CD4 < 350$), en los que deberá asociarse TAR.

CPCC145

SÍNDROME DE SUSAC DE DEBUT GESTACIONAL SIN PÉRDIDA VISUAL

Blanca ZAFRA AGRAZ, Alejandro LÓPEZ GAONA, Irene ROSA PÉREZ, Susana NOVAL MARTÍN, Rafael MONTEJANO MILNER

Introducción: El síndrome de Susac (SS) es una entidad poco frecuente caracterizada por una afectación microvascular cerebral, retiniana y coclear, debida a un daño endotelial inmunomediado. La presentación habitual es la tríada de encefalopatía, pérdida de visión e hipoacusia neurosensorial. A continuación se presenta el caso de una paciente con SS que debutó durante la gestación.

Caso clínico: Mujer de 40 años gestante de 21+6 semanas que acude a Urgencias por cefalea frontal pulsátil, bradipsiquia, desorientación y dificultad para mantener la atención de 2 semanas de evolución.

En la exploración oftalmológica se objetivó una agudeza visual (AV) de 1 en ambos ojos (AO), pupilas isocóricas normorreactivas y en el fondo de ojo (FO), un borramiento difuso papilar derecho. La punción lumbar reveló hiperproteíorraquia sin bandas oligoclonales, y los estudios microbiológicos del líquido cerebroespinal fueron estériles. La resonancia magnética cerebral mostró múltiples lesiones isquémicas agudas en sustancia blanca infra y supratentorial, que afectaban de forma predominante a la porción central del cuerpo calloso, compatibles con el SS. Se pautó tratamiento con 1000mg de metilprednisolona intravenosa, con marcada mejoría clínica.

Una semana después, la AV se mantuvo en 1 en AO. En el FO se detectó un edema de papila bilateral de predominio nasal, y la presencia de oclusiones arteriales periféricas y exudados algodonosos en el ojo izquierdo. La angio-OCT confirmó la existencia de un edema de la capa de fibras nerviosas. Semanas más tarde se detectaron alteraciones en la audiometría que afectaban fundamentalmente a tonos graves, completándose el cuadro clínico típico.

Conclusiones: El SS es una enfermedad infrecuente y de complejo diagnóstico. En ciertos casos alguna de las manifestaciones típicas no están presentes en el debut clínico, por lo que podría estar infradiagnosticado. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede conllevar secuelas a largo plazo.

CPCC146

TELANGIECTASIAS CONJUNTIVALES EN SÍNDROME DE ATAXIA-TELANGIECTASIA, EVOLUCIÓN A LO LARGO DE LOS AÑOS

Rosa M^a BELLIDO MUÑOZ, Martín GUERRERO MÁRTIR, David A. GARZA ENRÍQUEZ

Introducción: El Síndrome de ataxia-telangiectasia es una patología autosómica recesiva causada por alteración en un gen (11q22–23) que controla los mecanismos de reparación del ADN. Se caracteriza por neurodegeneración, inmunodeficiencia con infecciones respiratorias de repetición y alta predisposición a padecer cáncer. Se manifiesta en la primera infancia, cuando el niño comienza a andar o poco después con numerosas caídas. El diagnóstico se basa en criterios neurológicos y sistémicos así como en el test genético.

Caso clínico: Varón de 24 años en seguimiento desde los 3 años por Oftalmología tras ser diagnosticado de Síndrome de ataxia-telangiectasia. Los padres referían hiperemia ocular desde pequeño sin otra alteración oftalmológica evidente. La agudeza visual a esta edad era de 0,8 en ambos ojos, las pupilas eran normales y los movimientos oculares externos también. Se observa una limitación para la fijación y seguimiento de objetos así como disminución de la convergencia, ausencia del reflejo sincinesia-acomodación y nistagmus. En la biomicroscopía destacan unas telangiectasias muy evidentes en conjuntiva bulbar interpalpebral que los padres refieren van en aumento. La presión intraocular es normal y el fondo de ojo también en ambos ojos.

Conclusiones: Las telangiectasias conjuntivales están presentes en la mayoría de los casos del Síndrome de ataxia-telangiectasia, incluso no se llega a diagnosticar el cuadro hasta que no aparecen. No son patognomónicas pero la frecuencia de presencia en el síndrome llega al 91%. Pueden aumentar con la edad al igual que las otras características de esta patología. No precisan tratamiento.

CPCC147

SÍNDROME DE SUSAC: UNA PECULIAR VASCULOPATÍA RETINIANA

Ricardo BOSCH GILI, Jose M. DÍAZ BERNAL, M.^a Josefa MORILLO SÁNCHEZ

Introducción: El síndrome de Susac (SS) es un trastorno poco frecuente caracterizado por la tríada de: disfunción del sistema nervioso central (SNC), oclusiones de ramas arteriales retinianas (ORAR) e hipoacusia neurosensorial. Es debido a oclusiones de microvasos en el SNC, la retina y el oído interno, por causas autoinmunes. Afecta principalmente a mujeres jóvenes y comúnmente su curso es monofásico y autolimitado. La RMN es de gran valor para el diagnóstico así como la exploración fundoscópica y la angiografía fluoresceínica si hay afectación ocular.

Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad que acude a urgencias por síntomas neurológicos. Tras una anamnesis detallada sospechamos de SS que posteriormente confirmamos.

Caso clínico: Mujer de 38 años sin antecedentes previos, que comenzó con cuadro progresivo de tinnitus, escotomas puntiformes en el campo visual no persistentes; así mismo síndrome vertiginoso, bradipsiquia y parestesias en hemicara izquierda y ambos miembros superior e inferior izquierdos.

En la resonancia magnética (RM) cerebral se evidenciaron lesiones en sustancia blanca subcortical y en cuerpo calloso compatibles con lesiones agudas o subagudas vasculares.

En la exploración fundoscópica del OS se observó la presencia de lesiones blanquecinas perivasculares (edema) y obstrucciones arteriales compatibles con vasculitis. Se realizó AFG la cual demostró lesiones vasculíticas con oclusiones recurrentes de ramas arteriolas. Se descartó otro tipo de afectación sistémica.

Conclusiones: El SS es una vasculitis poco frecuente con afectación del SNC, ORAR e hipoacusia coclear. La clínica neurológica es muy variada y su diagnóstico se basa en los hallazgos en la RM cerebral los cuales apoyaron la existencia de una afectación microangiopática a nivel cerebral, así mismo la exploración fundoscópica y la AFG evidenciaron la presencia de vasculitis. El tratamiento consta de terapia inmunosupresora y su pronóstico es autolimitado.

CPCC148

PAPILOPATIA DIABÉTICA CON ESTRELLA MACULAR

Pilar CASTIÑEIRAS CABELLO, Isabel IZQUIERDO

Introducción: La papilopatía diabética es una entidad infrecuente que se caracteriza por un edema de papila uni o bilateral con escasa afectación de la agudeza visual y tendencia hacia la resolución espontánea. Si se asocia a edema macular suelen presentar una disminución de agudeza visual más acusada y tienen peor pronóstico visual.

Caso clínico: Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y colon irritable acude a urgencias por pérdida de agudeza visual (AV) y visión borrosa bilateral sin otros síntomas asociados de 2 meses de evolución.

Exploración: AV ojo derecho (OD) 0.3, ojo izquierdo (OI) 0.5. Motilidad ocular intrínseca/extrínseca sin alteraciones. Biomicroscopía de polo anterior normal. Funduscopia: edema de papila en ambos ojos (AO) con hemorragias en llama en OD. AO sin signos de retinopatía diabética (RD) ni vasculitis.

Tras 15 días tiene AV OD 0.4 y OI 0.7. En la funduscopia observamos edema de papila en AO, con menos hemorragias en OD, y estrella macular.

Pruebas complementarias: Glucosa 120, hemoglobina glicada 5,7. Vitamina B12 147. Serología a citomegalovirus, virus Epstein Barr, virus herpes, coxiella y toxoplasma positiva de contacto pasado. Estudio líquido cefalorraquídeo sin hipertensión craneal y citología negativa para células malignas. Angioresonancia magnética con aneurisma, ya conocido, de arteria cerebral anterior. Retinografías confirman la funduscopia con estrella macular persistente. Tomografías de coherencia óptica con edema de papila que en revisiones sucesivas se resuelve, y edema macular en AO. Campo visual 24:2 sita-fast con defectos concéntricos en AO.

Juicio clínico: Papilopatía diabética bilateral

Conclusiones: La papilopatía diabética es una entidad independiente del control glucémico y de la existencia de retinopatía diabética cuya fisiopatología y evolución no se conocen bien, y cuyo diagnóstico se realiza por exclusión a falta de otras causas.

CPCC149

OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE INFARTO MESENCEFÁLICO

María CHACÓN GONZÁLEZ, M.^a Ester LIZUAÍN ABADÍA, Beatriz JIMÉNEZ DEL RÍO, Ana IBÁÑEZ MUÑOZ, Jose J. CHAVARRI GARCÍA, Leticia RODRÍGUEZ VICENTE

Introducción: La oftalmoplejía internuclear (OIN) es un trastorno disconjugado que se produce por una lesión a nivel del fascículo longitudinal medial (FLM), por encima de su decusación. Se manifiesta con una limitación a la aducción del ojo homolateral al fascículo lesionado, con nistagmus horizontal en el ojo contralateral. En posición primaria no hay desviación y la convergencia se encuentra conservada.

Caso clínico: Mujer de 46 años que acude por diplopía binocular horizontal espontánea de pocas horas de evolución, acompañada de inestabilidad con lateralización a la derecha. Exploración general y analítica sin alteraciones y TAC cerebral sin hallazgos. La mejor agudeza visual corregida (AVMC) era de 1.0 en ambos ojos (AO), con exploración de polo anterior y posterior anodina.

A la exploración presenta diplopía horizontal más marcada en dextroversión, ortotropía en posición primaria de la mirada y convergencia conservada. En OI presentaba paresia de la aducción y en OD nistagmus a la abducción, con resto de movimientos oculares conservados.

En RMN se objetivó un pequeño foco de alteración de la señal localizado en mesencéfalo parasagital izquierdo, levemente hiperintenso en T1 y restrictivo en difusión, compatible con origen isquémico o desmielinizante.

Los antecedentes, evolución clínica y ausencia de otras lesiones orientaron hacia un origen isquémico del cuadro diagnosticándose infarto mesencefálico izdo.

La evolución oftalmológica fue buena, normalizándose a los 3-4 días del ingreso.

Conclusiones: Ante una OIN debemos considerar una etiología isquémica en el diagnóstico diferencial además de la EM y la patología tumoral. La RM es la prueba mas adecuada la hora de correlacionar la clínica con la lesión anatómica. La etiología desmielinizante no puede ser descartada de manera absoluta, siendo necesario el seguimiento multidisciplinar.

CPCC150

ESCOTOMA JUNCIONAL COMO MANIFESTACIÓN REVELADORA DE ADENOMA HIPOFISARIO, DESDE LA SEMIOLOGÍA AL DIAGNÓSTICO

Ana DÍAZ MONTEALEGRE, Verónica SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, Marta GÓMEZ MARISCAL

Introducción: Se ha señalado que las fibras nerviosas inferonasales de la retina tienen un pequeño recorrido en el nervio óptico contralateral formando la rodilla de Von Wilbrand. Por tanto, una lesión que se ubique en la unión del nervio óptico con el quiasma produciría un defecto de campo visual homolateral por afección del nervio óptico y un defecto temporal superior contralateral por el daño de las fibras que forman dicha rodilla.

Caso clínico: Varón de 49 años que presentó un cuadro de pérdida de visión por ojo derecho (OD) de 8 meses de evolución, sin saber precisar si se había producido de manera brusca o progresiva. No refería síntomas acompañantes. A la exploración la agudeza visual mejor corregida fue de 0,2 en OD y en ojo izquierdo (OI) de 1. Presentaba defecto pupilar aferente relativo en OD. La funduscopia reveló únicamente una palidez temporal en la papila del OD, siendo el OI normal. La tomografía de coherencia óptica para el análisis de células ganglionales, mostraba un adelgazamiento severo en casi la totalidad de los sectores de OD y en el sector nasal inferior de OI. Se solicitó un campo visual (CV) que evidenció un defecto altitudinal del hemicampo inferior del OD con escotoma de la unión asociado. Ante estos hallazgos se solicitó una resonancia magnética nuclear cerebral, en la que se halló una voluminosa lesión intraselar de apariencia quística que comprimía y desplazaba el quiasma óptico. El paciente fue remitido a neurocirugía para extirpación quirúrgica de la lesión, que resultó ser un adenoma hipofisario no funcionante.

Conclusiones: Aunque la existencia de la rodilla de Von Wilbrand ha sido discutida, el valor localizador del escotoma de la unión nos obliga a solicitar pruebas de neuroimagen. Así mismo, se debe realizar un CV bilateral en cualquier paciente que refiera una pérdida visual compatible con una neuropatía óptica unilateral.

CPCC151

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA Y AMAUROSIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA EN LA INFANCIA. EL ENFOQUE DEL OFTALMÓLOGO

Claudia FRAIDÍAS HIDALGO, Eduardo ALCALDE VÍLCHEZ, Antonio SEGURA ORTEGA, Elena GARCÍA PAREJO

Introducción: la hipertensión intracraneal idiopática (HII) es una enfermedad de etiología desconocida, cuyo diagnóstico se realiza mediante la confirmación de una presión de apertura del líquido cefalorraquídeo (LCR) elevada y descartando otras entidades (procesos infecciosos o tumorales, malformaciones vasculares, lesiones cerebrales parenquimatosas o hidrocefalia). El síntoma de presentación más común en niños es la cefalea. Otros frecuentes son las náuseas y vómitos, visión borrosa, diplopia y rigidez de nuca. Entre los signos a destacar sobresale el papiledema.

Caso clínico: paciente varón de 6 años que acude por pérdida de visión rápidamente progresiva bilateral. Antecedentes de catarro de vías altas en semanas previas y cefalea asociada. No otros síntomas. No antecedentes oftalmológicos de interés.

AV: OD 0.6, nmce y OI amaurosis.

BMC: polo anterior sin hallazgos.

FO: papiledema bilateral sin hemorragias ni exudados.

El paciente ingresa a cargo de Pediatría para estudio por diagnóstico diferencial papiledema VS papilitis, realizándose pruebas de imagen y serológicas que resultan normales. Una presión de apertura del LCR elevada (37 mmHg) favorece el diagnóstico de HII, por lo que se trata con acetazolamida. Nuestro servicio realiza un seguimiento periódico de AV, campos visuales y FO/OCT durante su ingreso. Actualmente acude a revisiones en consultas de Neurooftalmología y Neuropediatría. El paciente ha conseguido ver la unidad en OD y 0.05 a 1 metro en OI con resolución del papiledema y atrofia del nervio óptico izquierdo resultante.

Conclusiones: el papiledema es un cuadro clínico que supone un reto diagnóstico-terapéutico multidisciplinar debido al diagnóstico diferencial a realizar, siendo el papel del oftalmólogo fundamental ya que no solo establece la sospecha diagnóstica sino que también realiza un seguimiento exhaustivo de la función visual y el estado de las papilas. Igualmente, nuestro enfoque resulta esencial en la toma de decisiones terapéuticas.

CPCC152

AFECTACIÓN DEL CAMPO VISUAL EN USUARIOS DE VIGABATRINA

Antonio GALLEGO TORRES, Javier CRESPO GONZÁLEZ, Ricardo GAYÁ MORENO, Jose O. GARRIDO ARIAS

Introducción: La vigabatrina es una droga antiepiléptica de segunda línea que produce reducción concéntrica bilateral del campo visual (CV) en el 30-40% de los pacientes que lo usan. El defecto puede ser irreversible y parece relacionarse con el acúmulo de ornitina en los tejidos debido a la disminución de la actividad de la enzima ornitina-alfa-aminotransferasa.

Caso clínico: Presentamos dos casos de afectación campimétrica en usuarios de Vigabatrina. El primero es de una niña de 12 años con esclerosis tuberosa y hamartomas retinianos, con crisis que sólo pueden ser controladas con vigabatrina. Ha realizado control con CV desde hace años que demuestra daño periférico en CV de ambos ojos. El otro caso es de una mujer de 42 años con epilepsia parcial (focal) que presenta también una muy buena respuesta a la medicación y defectos campimétricos cambiantes en el tiempo, aunque también con progresión.

Conclusiones: Este efecto adverso medicamentoso es idiosincrático y no está relacionada con el tiempo de tratamiento ni con la dosis acumulada. En ambos casos se ha mantenido la medicación a pesar de la afectación campimétrica porque el servicio de Neurología ha valorado que ninguna otra alternativa ha sido eficaz para controlar las frecuentes crisis convulsivas que sufrían estos pacientes.

CPCC153

SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A UNA FLEBECTASIA DE LA VENA YUGULAR INTERNA

Noemí GÜEMES VILLALHOZ, Liseth SALAZAR QUIÑONES, Blanca DOMINGO GORDO, Rosario GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ, JAVIER PASCUAL PRIETO, Rebeca MADRIGAL SÁNCHEZ

Introducción: La flebectasia de la vena yugular interna es una entidad rara que se presenta como una dilatación fusiforme de la vena yugular interna. El Síndrome de Claude Bernard-Horner está causado por la interrupción de la vía simpática en cualquier parte de su recorrido. Existen muy pocos casos descritos en la literatura de Síndrome de Horner secundario a esta patología.

Caso Clínico: Mujer de 71 años que acude por dolor en la región cervical posterior que ha empeorado en las últimas semanas. Asocia además, cefalea opresiva holocraneal y sensación de mareo sin giro de objetos. No presenta antecedentes médicos de interés, ni otra sintomatología asociada.

La exploración neuro-oftalmológica mostró una ptosis derecha acompañada de una miosis derecha. Ambas pupilas reaccionaban a la luz y no se encontró defecto pupilar aferente relativo (DPAR). No presentaba anhidrosis, ni heterocromía de iris, y el resto de la exploración no mostró alteraciones relevantes.

La angioTC de troncos supraaórticos reveló una ectasia yugular derecha en claro contacto con la arteria carótida interna derecha que justificó la clínica del paciente. La ecografía venosa no mostró datos de fístula arteriovenosa, ni trombosis venosa.

El test de Apraclonidina 1% confirmó el diagnóstico de Síndrome de Horner derecho tras inversión de la anisocoria. El caso fue valorado por cirugía vascular, quienes no consideran seguimiento ni actitud terapéutica en este caso.

Conclusiones: La flebectasia de la vena yugular interna consiste en una dilatación venosa anómala de etiología en muchos casos desconocida, que se presenta de modo excepcional en adultos, puesto que la mayoría se diagnostican durante la infancia. En raros casos, puede comprometer las fibras simpáticas en su recorrido cervical y causar un síndrome de Horner. El diagnóstico de esta ectasia venosa se realiza por imagen. Su manejo es habitualmente conservador, reservando la cirugía para aquellos casos que presenten sintomatología importante.

CPCC154

HALLAZGO DE RETINOSIS PIGMENTARIA EN EL SÍNDROME MELAS (MYOPATHY, ENCEPHALOPATHY, LACTIC ACIDOSIS, STROKE-LIKE EPISODES)

Carlota GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Miguel A. ORDÓÑEZ LOZANO, José C. ESCRIBANO VILLAFRUELA, Raquel BLANCO SOLER, José D. da SAÚDE LOURENÇO, Marcela N. SRUR COLOMBO

Introducción: Las enfermedades mitocondriales son debidas a desórdenes en el DNA mitocondrial, desencadenando deficiencias de proteínas involucradas en la producción de energía. La afectación ocular es característica en: la oftalmoplejía externa progresiva crónica, el síndrome de Kearns-Sayre, el síndrome NARP (Neuropatía, Ataxia y Retinosis Pigmentaria) y la atrofia óptica de Leber. Sin embargo, en el síndrome MELAS es infrecuente la asociación a alteraciones oftalmológicas.

Caso clínico: Paciente de 43 años que refiere episodio de cefalea opresiva fronto-occipital asociada a disminución de campo visual periférico y dificultad para coger objetos de 48 horas de evolución. Como antecedentes personales refiere ingreso en el mes previo por episodio de crisis epiléptica de etiología a filiar. Como antecedentes familiares: madre con ataxia de Friedrich fallecida por encefalopatía severa de causa no filiada; sordera juvenil en varios familiares de ascendencia materna.

En la exploración oftalmológica la motilidad ocular intrínseca y extrínseca son normales, así como el polo anterior. En la funduscopia se encuentran lesiones coriorretinianas en forma de espículas óseas en periferia media de ambos ojos.

En la campimetría visual de Humphrey se aprecian defectos difusos paracentrales con abolición de campo visual periférico.

Tras los estudios realizados por Neurología se confirma diagnóstico de síndrome MELAS.

Conclusiones: En el síndrome MELAS pueden aparecer defectos campimétricos visuales secundarios a accidentes apopléticos, pero también ha de tenerse en cuenta la afectación oftalmológica, aunque no sea una manifestación típica asociada a esta encefalopatía mitocondrial. Asimismo, ante el hallazgo de una retinosis pigmentaria asociada a clínica neurológica, cardíaca o musculoesquelética se debe realizar un profundo estudio del paciente para alcanzar el diagnóstico definitivo ante el amplio espectro de enfermedades hereditarias que presentan dichos cuadros clínicos.

CPCC155

SÍNDROME DE PARRY-ROMBERG. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rebeca MADRIGAL SÁNCHEZ, Blanca BENITO PASCUAL, Juan TROYANO RIVAS

Introducción: Paciente mujer de 29 años, en seguimiento por antecedente de episodio de neuritis óptica en ojo derecho en 2005, con buena agudeza visual tras tratamiento. Durante el seguimiento de la neuritis, se observó una atrofia segmentaria tarsal del párpado superior derecho. Acude en 2015 para valoración de profundización del surco palpebral superior del párpado derecho.

Caso clínico: En la exploración se encuentra una agudeza visual, segmento anterior, posterior, movimientos oculares normales. Se observa surco palpebral marcado en el lado derecho, con gran asimetría respecto del lado izquierdo. Lagoofthalmos de 3 mm. La resonancia magnética cerebral descarta la presencia de seno silente o neoplasia. No otras alteraciones del sistema nervioso central. Hemiatrofia marcada del tercio superior facial del lado derecho, compatible con síndrome de Parry-Romberg.

Conclusiones: El síndrome de Parry-Romberg se caracteriza por un cuadro de atrofia hemifacial progresiva. Afecta a tejidos blandos, músculo y hueso. Más frecuente en mujeres, primera y segunda décadas de la vida. Evolución larvada, entre 2 y 10 años. Cursa con manifestaciones neuro-oftalmológicas que pueden debutar antes o después de la clínica musculocutánea.

CPCC156

NEUROPATÍA ÓPTICA BILATERAL POR TRACROLIMUS TRAS TRASPLANTE RENAL

Sara MARCO MONZÓN, Isabel BARTOLOMÉ SESÉ, Julen BERNIOLLES ALCALDE, Mireya MARTÍNEZ VÉLEZ, Javier MATEO GABAS, Javier ASCASO PUYUELO

Introducción: El tacrolimus es un fármaco inmunosupresor usado fundamentalmente en pacientes con trasplantes alogénicos para prevenir el rechazo. Bloquea la activación de las células T mediante la inhibición de la síntesis de citoquinas.

Caso clínico: Varón de 75 años al que le realizaron un trasplante renal ortotópico en 2013, desde entonces en tratamiento con tacrolimus, manteniendo los niveles adecuados en sangre, sin alcanzar límites de toxicidad y sin otra patología ni factores de riesgo a destacar a excepción de una hipertensión moderada. No presentaba ninguna otra sintomatología.

Acude al servicio de urgencias en 2015 por visión de escotoma. Presentaba una agudeza visual de 0.6 y edema de papila en el ojo izquierdo con hemorragias en astilla y congestión venosa que orientan el caso hacia una neuropatía isquémica. Se obtuvieron valores de VSG y PCR normales. Se trató con prednisona 60 mg en pauta descendente.

En las revisiones se observa un empeoramiento progresivo del campo visual del ojo izquierdo, no se aprecia defecto altitudinal sino un campo visual abolido, con una agudeza visual de movimiento de manos a un metro y un defecto pupilar aferente relativo (DPAR). En fondo de ojo se aprecia una gran palidez papilar sin signos de inflamación.

En 2017 el paciente acude a Urgencias por pérdida de agudeza visual del ojo derecho que comenzó 3 días atrás y fue empeorando de forma progresiva. En la exploración se objetiva una agudeza visual de 0.3 y edema de papila que se confirma con la OCT de capa de fibras nerviosas donde se aprecia un gran edema difuso además de una afectación prácticamente completa del campo visual. Sospechamos toxicidad por tacrolimus y contactamos con el servicio de urología para valorar el cambio de tratamiento al paciente.

Conclusiones: Debemos vigilar los síntomas oftalmológicos en pacientes en tratamiento con tacrolimus incluso a pesar de que los niveles en sangre del fármaco no sobrepasen los límites de toxicidad estipulados.

CPCC157

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: UNA DIPLOPÍA DOLOROSA POCO HABITUAL

Héctor MASCARÓS MENA, Raquel BURGGRAAF SÁNCHEZ DE LAS MATAS, Antonio ESTRELA SANCHÍS, Leonor PÉREZ GIL, Aitor LANZAGORTA ARESTI

Introducción: El síndrome de Tolosa-Hunt es un cuadro idiopático y poco frecuente causado por una inflamación granulomatosa inespecífica del seno cavernoso, la fisura orbitaria superior y el ápex orbitario. Su importancia está marcada por las estructuras vecinas, afectando el III par craneal, el IV, el VI, las ramas 1 y 2 del V par y la porción cavernosa de la arteria carótida interna.

Caso clínico: Mujer de 50 años que acude a urgencias médicas por dolor en forma de pinchazos y parestesias en hemicara derecha. Se sospecha una sinusitis y se le da de alta por ser el TAC facial y de senos normal. La PCR está levemente elevada.

Acude de nuevo por diplopía binocular con paresia del III par derecho, dolor y parestesias. Se ingresa a la paciente por sospecha de arteritis de la temporal y se inicia el tratamiento con corticoides.

Ya en estudio por los servicios de Oftalmología y Neurología, el Doppler de arterias temporales es normal pero la paciente mejora a los pocos días con el tratamiento, con lo que se sospecha el síndrome de Tolosa-Hunt.

Se confirma el diagnóstico con el realce que muestra el seno cavernoso derecho en la RM cerebral. Se continúa el tratamiento con prednisona oral 40 mg/día. Se realiza una RM vascular en la que se observa asimetría de los senos cavernosos.

La paciente consulta un mes después por aumento en la sintomatología al disminuir la dosis de prednisona de 40 a 30 mg/día, mejorando de nuevo al intensificar el tratamiento.

Conclusiones: El síndrome de Tolosa-Hunt se caracteriza por una diplopía binocular asociada a dolor periorbitario o craneal. Los signos que pueden aparecer son: leve proptosis, parálisis de los nervios motores oculares (III, IV y/o VI) y pérdida sensorial a lo largo de la distribución de V1 y V2. Tiene muy buena respuesta a los corticoides, pudiendo recidivar al disminuir la pauta.

CPCC158

PAPILITIS ATÍPICA; MANIFESTACIÓN AISLADA DE ENFERMEDAD DE LYME

Lucía MATA MORET, Clara MONFERRER ADSUARA, Carolina GARCÍA VILLANUEVA, Ceclilia CHIARRI TOUMIT, Alicia GRACIA GARCÍA, Enrique CERVERA TAULET

Introducción: La enfermedad de Lyme(EL) afecta a múltiples tejidos y órganos, se inicia con clínica dermatológica autolimitada, y puede haber diseminación vía sanguínea o neural. La neuroborreliosis afecta a un 10% de pacientes con EL, con un amplio espectro de alteraciones a nivel del sistema nervioso central y periférico.

Caso clínico: Varón de 52 años sin antecedentes, con visión borrosa de 48 horas de evolución. A la exploración destaca una agudeza visual(AV) menor a 0.05 y DPAR en ojo izquierdo(OI). En la funduscopia observamos borramiento papilar sin vitritis ni exudados. La OCT evidencia un grosor RNFL de 223 micras. La campimetría objetiva afectación en campos temporales con DM -15.79 dB.

Ingresa en Neurología para estudio. Análíticamente leucocitosis con neutrofilia y serología IgM para B. Burgdorferi positiva comprobada por Western Blot. En el examen radiológico se descartan signos de compresión y en la RMN se evidencia una hiperseñal perineural bilateral en nervio óptico, compatible con perineuritis. La punción lumbar demuestra gluco y proteinorraquia, aumento de bandas oligoclonales IgG, y PCR negativa de B. Burgdorferi.

Se consulta con Infecciosos recomendando tratamiento con ceftriaxona, doxiciclina y corticoides, tras el cual, presenta mejoría en la AV a 0.4 con una disminución en sector temporal de RNFL y células ganglionares.

Conclusiones: Tras el único hallazgo serológico en el estudio y a la resolución de la clínica con el tratamiento sospechamos una papilitis por EL. Debido a la baja sensibilidad de los métodos directos de detección para B. Burgdorferi, se considera como método de elección la demostración indirecta mediante serología, ante un alto grado de sospecha clínica.

Las complicaciones neurooftalmológicas secundarias a la EL son una complicación inusual, como en este caso en el que se presentó como única e infrecuente manifestación. Se debe considerar esta entidad como posible diagnóstico de neuropatías ópticas atípicas.

CPCC159

PÉRDIDA DE VISIÓN UNILATERAL COMO DEBUT DE UN SÍNDROME MIELODISPLÁSICO: LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO SISTÉMICO

Manuela MORCILLO GUARDIOLA, Juan B. LÓPEZ LLORET

Introducción: Los síndromes mieloproliferativos crónicos son enfermedades hematológicas potencialmente graves que pueden generar estados de hiperviscosidad, dando lugar a cuadros de neuropatía óptica y oclusiones vasculares retinianas similares a los ocasionados por entidades como la retinopatía hipertensiva.

Caso clínico: Mujer de 41 años que consulta por pérdida de visión aguda e indolora de su ojo izquierdo. En la exploración oftalmológica la agudeza visual (AV) es 0.1, presenta defecto pupilar aferente relativo y en el fondo de ojo se observa una hemorragia en astilla peripapilar y múltiples lesiones blanquecinas en polo posterior. El campo visual presenta escotomas en cuadrantes nasales, la OCT macular edema a nivel de la capa de fibras nerviosas y segmentos internos de la retina y la angiografía fluoresceína no mostró alteraciones significativas. La tensión arterial era 150/ 90 milímetros de mercurio. Con diagnóstico de sospecha de neuritis hipertensiva se derivó a la paciente a Medicina Interna para estudio. El cuadro se resolvió espontáneamente en 2 meses y la agudeza visual alcanzó la unidad. El despistaje sistémico reveló una hipertensión arterial, un síndrome mieloproliferativo crónico tipo policitemia vera y una neoplasia renal derecha.

Conclusiones: Los síndromes mieloproliferativos crónicos pueden debutar con manifestaciones oftalmológicas inespecíficas, generalmente en forma de cuadros oclusivos retinianos e incluso neuropatía óptica. Dada su potencial gravedad, es necesario incluirlas en el diagnóstico diferencial mediante el estudio sistémico de estos pacientes.

CPCC160

3 CASOS DE PÉRDIDA VISUAL MONOCULAR EN LA INFANCIA POR CRANEOFARINGIOMA

Raúl NAVARRO GIL, Esther SANTOS BLANCO, Pere ROMERO AROCA, Mercé SALVAT SERRA, Raquel VERGÉS PUJOL, Naiara RELAÑO BARAMBIO

Introducción: La ambliopía es la disminución de la agudeza visual producida por un desarrollo visual anormal en edades precoces de la vida. Es la causa mas frecuente de pérdida visual monocular en la infancia y adultos jóvenes. El craneofaringioma es un tumor congénito, con frecuencia quístico, habitualmente supraselar, que deriva de restos de células embrionarias de la bolsa de Rathke. Histológicamente es un tumor benigno pero con un comportamiento agresivo dando lugar a frecuentes secuelas neurológicas y endocrinas. Estos tumores representan cerca del 6% de todos los tumores cerebrales primarios en los niños. La mayoría de los casos se detectan en niños menores de 13 años

Casos clínicos: Presentamos 3 casos de niños menores de 15 años derivados por baja agudeza visual monocular. A la exploración presentan MOE,s conservados, no DPAR, una biomicroscopia normal y ninguna alteración fundoscópica.

En los 3 casos la primera orientación diagnóstica fue de ambliopia y fueron tratados con oclusiones parciales sin obtener resultados y presentando un empeoramiento progresivo de la agudeza visual. Se optó por realizar pruebas de imagen para descartar procesos neurológicos, confirmando el diagnóstico de craneofaringioma.

Conclusiones: A pesar de que en los niños los principales signos y síntomas relacionados con tumores intracraneales son la hipertensión intracraneal, retraso psicomotor y retraso de crecimiento, hay que tener en cuenta que tambien existe la afectación ocular, siendo la pérdida de visión la principal manifestación. Por ello ante una ambliopia que no mejora con oclusiones ni terapia visual, seguida de una disminución de la agudeza visual, seria recomendable realizar pruebas de imagen para descartar patologia central, con el fin de tratar lo antes posible para evitar una perdida de visión severa.

CPCC161

NEUROPATÍA ÓPTICA POSTERIOR TRAS CIRUGÍA DE PÓLIPOS NASALES

Juliana OCAMPO CANDAMIL, Alejandro FILLOY RIUS, Eduard SOLÉ FORTEZA, Jessica RODRÍGUEZ BONET

Introducción: La neuropatía óptica isquémica es la causa más frecuente de pérdida visual en el postoperatorio de cirugías extraoculares. Se considera secundaria a hipoperfusión del nervio óptico por hipotensión sistémica y/o hemorragia intraoperatoria o mal posición quirúrgica. Las más implicadas son las cirugías de columna vertebral, aunque se han descrito casos a todos los niveles.

Caso clínico: Varón de 47 años que en el postoperatorio inmediato de una cirugía de pólipos nasales manifestó un defecto del campo visual inferior derecho. Durante la cirugía no hubo complicaciones, únicamente un periodo de hipotensión sistémica que fue controlada. En la exploración oftalmológica presentaba una agudeza visual de 1.0 en ambos ojos, el fondo de ojo era normal, la campimetría computarizada corroboró el defecto del campo visual. A los 2 meses se detectó una ligera palidez del nervio óptico en la zona superior que se correlacionó con una disminución del grosor de las capas de fibras nerviosas en la tomografía de coherencia óptica, por lo que se orientó como neuropatía óptica isquémica posterior.

Conclusiones: Las complicaciones visuales en la cirugía no oftalmológica son poco frecuentes. La neuritis óptica isquémica no tiene tratamiento, tiene escasas expectativas de mejoría con importante trascendencia clínica y médico-legal, por lo tanto, se deben poner todas las medidas preventivas e identificar los factores de riesgo. La hipotensión intraoperatoria y el uso de vasoconstrictores pudieron estar implicados en este caso.

CPCC162

ALTERACIÓN CAMPIMÉTRICA COMO PRIMER SÍNTOMA DE LESIÓN CEREBRAL

Albina OLLOQUI GONZÁLEZ, Eva M.^a RODO ARNEDO, Leticia RODRÍGUEZ VICENTE, María CHACÓN GONZÁLEZ, Víctor S. SOTO BIFORCOS, M.^a Ester LIZUAÍN ABADÍA

Introducción: El campo visual es clave en el diagnóstico de pacientes con patología neuro-oftalmológica. Conociendo el patrón topográfico podemos localizar lesiones a nivel cerebral. En la afectación retroquiasmática aparecen defectos homónimos contralaterales cuya congruencia aumenta al acercarse a lóbulo occipital, siendo su localización más frecuente el lóbulo occipital (40%), seguido del parietal (35%) y temporal (25%). La primera causa a tener en cuenta es vascular, diferenciándose de la tumoral en su inicio súbito y perfectamente definido.

Caso clínico: Varón de 74 años que refería pérdida de visión por la parte derecha del campo visual de ambos ojos (AO) de más de diez días de evolución. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipemia, Hipertensión arterial y claudicación de extremidades inferiores intermitente bilateral. Sin alergias medicamentosas conocidas. Mejor agudeza visual corregida: 0.9 AO. Presión intraocular: 18 mmHg AO. Polo anterior, fondo de ojo y tomografía de coherencia óptica: normal AO. Campo visual: Cuadrantanopsia homónima derecha inferior congruente. RMN cerebral: Lesión ocupante de espacio de aspecto maligno en la región parietal posterior izquierda, parasagital con un foco de sangrado subagudo. La lesión y el edema ocupan la radiación óptica izquierda. Plantea diagnóstico diferencial entre neoformación primaria versus metástasis. El paciente fue intervenido por Neurocirugía reseccándose la lesión y realizándose estudio anatomopatológico informado como lesión de naturaleza metastásica. Por el momento, en el estudio de extensión no se ha encontrado el tumor primario.

Conclusiones: La realización de una campimetría en pacientes con síntomas neuro-oftalmológicos cobra especial importancia ya que los defectos campimétricos adoptan un patrón característico que permite localizar topográficamente la lesión. Asimismo es necesario un abordaje interdisciplinar y con técnicas de imagen para llegar al diagnóstico certero.

CPCC163

NEUROFIBROMATOSIS TIPO I, A PROPÓSITO DE UN CASO: DE NÓDULOS DE LISCH A ASTROCITOMA CEREBRAL

Javier PASCUAL PRIETO, Enrique SANTOS BUESO, Noemí GÜEMES VILLAHOZ

Introducción: La Neurofibromatosis tipo I (NF I) es la facomatosis más frecuente. Se debe a diferentes mutaciones del gen neurofibromina del Cr. 17 transmitidas de forma autosómica dominante con penetrancia incompleta. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son las cutáneas, oftalmológicas y neurológicas. La manifestación oftalmológica más frecuente son los nódulos de Lisch.

Caso clínico: Paciente varón de 36 años que en una revisión rutinaria de Oftalmología se encuentran nódulos de Lisch en la exploración. Se realiza exploración oftalmológica completa. Se solicita valoración por Neurología que confirma el diagnóstico de sospecha mediante criterios clínicos y prueba genética. Tras la realización de una resonancia magnética se encuentra un astrocitoma a nivel del cuerpo caloso.

Conclusiones: Los nódulos de Lisch son la manifestación oftalmológica más frecuente de la NF tipo I. Son hamartomas que tienden a aparecer en la segunda década de la vida. Su importancia radica en su prevalencia y en la idoneidad como marcador genético de la enfermedad en adolescentes y adultos jóvenes.

CPCC164

NEUROPATÍAS ÓPTICAS POR PROYECTILES DE CAZA

Nieves PUERTO AMORÓS, Óscar MARTÍN MELERO, Victoria ARENAS MARTÍNEZ, José M. GRANADOS CENTENO, Paola POZO MARTOS, Alfonso GÓMEZ CORTÉS

La neuropatía óptica traumática (NOT) es la afectación de la función visual secundaria a un daño sobre el nervio óptico (NO) por un mecanismo traumático directo o indirecto.

Su incidencia es del 0,5% al 5% de los traumatismos craneales cerrados.

Pueden producirse por iatrogenia médica en cirugías orbitarias. Las fuerzas que dañan el N.O pueden ser por afectación directa o secundarias a movimientos de rotación ante o retropulsión del ojo. Las lesiones directas producen daños en las fibras nerviosas, o sobre la vaina del nervio.

Presentamos 2 casos clínicos de neuropatías traumáticas secundarias a traumatismos por accidentes de caza valoradas en urgencias con afectación directa del nervio óptico y su localización intraneural en el TAC.

En nuestro medio es frecuente recibir en Urgencias traumatismos oculares secundarios a accidentes de caza que precisan en numerosas ocasiones tratamiento quirúrgico de urgencia y pueden dejar secuelas importantes a nivel de agudeza visual.

Conclusiones: La NOT constituye una urgencia oftalmológica donde la AV puede afectarse irreversiblemente. Suele asociarse a traumatismos severos, con alteración de consciencia asociada. Ante una NOT deber realizarse una exploración oftalmológica completa. En muchas ocasiones la afectación puede ser bilateral. La afectación del fondo de ojo puede ser variable, desde una avulsión, una neuritis anterior, o una papila normal. La prueba complementaria más utilizada para el diagnóstico de urgencia es el TAC craneal y orbitario, que nos mostrará el estado de las estructuras orbitarias y el NO.a

La concienciación sobre la utilización de gafas protectoras puede evitar importantes secuelas visuales.

CPCC165

LA OFTALMOPLEJIA DOLOROSA COMO RETO DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE TOLOSA-HUNT

Elena QUIROGA CANEIRO, Paula TALAVERO GONZÁLEZ, Laura CABREJAS MARTÍNEZ, Paloma VALLÉS RODRÍGUEZ

Introducción: La oftalmoplejia dolorosa se presenta con dolor orbitario acompañado de parálisis oculomotora ipsilateral, con o sin parálisis simpática y pérdida sensitiva en la distribución de la rama oftálmica del trigémino. Una de las etiologías es el Tolosa Hunt (TH), causado por inflamación granulomatosa inespecífica en el seno cavernoso, fisura orbitaria superior o ápex.

Caso clínico: Mujer de 38 años acude a urgencias por cefalea hemicraneal, dolor retro-ocular izquierdo y diplopía de una semana de evolución. La agudeza visual (AV) es de 1, no alteraciones pupilares y se observa parálisis de VI par craneal (pc). En el escáner presenta sinusitis esfenoidal. Se realiza drenaje del seno, antibioterapia y una dosis de metilprednisolona intravenosa (iv) remitiendo la clínica.

Tras 15 días acude por empeoramiento con oftalmoplejia completa izquierda, ptosis, AV de cuenta dedos a 1 m y defecto pupilar aferente relativo, sin fiebre ni vómitos. Se solicita analítica completa, velocidad de sedimentación globular, anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) con resultado dentro de la normalidad.

La resonancia craneal informa de inflamación de seno cavernoso y vértice orbitario con neuritis óptica asociada. Punción lumbar normal. Se administra metilprednisolona IV remitiendo la clínica en 72 horas sin mejoría de la AV. Por la clínica y respuesta a corticoides, tras descartar otras causas de oftalmoplejia, se diagnostica de TH.

Conclusiones: La oftalmoplejia dolorosa constituye un reto diagnóstico por las múltiples causas que pueden originarla. El TH, a pesar de su baja prevalencia, debe formar parte de su diagnóstico diferencial. La remisión de la clínica tras tratamiento con corticoides y los hallazgos radiológicos constituyen un criterio diagnóstico. El pronóstico es bueno, pero un retraso en el tratamiento puede causar secuelas permanentes.

CPCC166

PARESIA DEL VI PAR CRANEAL COMO COMPLICACIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL

Daniel RÍOS SIMÓN, Lucía OCAÑA MOLINERO

Introducción: Utilizada para diversos fines y por diferentes especialistas, la punción lumbar es una técnica diagnóstico-terapéutica que, al ser invasiva, no está exenta de algunas complicaciones. Frecuentemente pueden desarrollarse tras el procedimiento cefalea, dolor lumbar o parestesia transitorias, que resuelven generalmente sin complicaciones. Otras más infrecuentes son complicaciones infecciosas, hemorrágicas o neurológicas, como la afectación de algún par craneal. El VI par craneal es el afectado con mayor frecuencia.

Caso clínico: Mujer de 36 años embarazada a término que ingresa en el servicio de urgencias obstétricas para preinducción por embarazo en vías de prolongación. Se realiza anestesia epidural para practicar cesárea debido a feto macrosómico. Dos días después de la cesárea, inicia cefalea importante y rigidez cervical, siendo valorada por anestesia que indica tratamiento analgésico y postural. 5 días después, mientras persisten los síntomas iniciales, comienza con visión doble.

Explorando la motilidad ocular, encontramos una endotropía del ojo derecho e imposibilidad para la abducción de este ojo, que no pasa de la línea media. Las analíticas sanguíneas son normales y la resonancia magnética solo muestra un engrosamiento meníngeo secundario a hipotensión intracraneal, por lo que se llega al diagnóstico de paresia del VI par craneal derecho postanestesia epidural. La clínica oculomotora va progresivamente mejorando sin ningún tipo de tratamiento específico, hasta que, a las 4 semanas del episodio inicial, la endotropía y la diplopía se han resuelto.

Conclusiones: La hipótesis más aceptada para explicar la paresia del VI par postula que la hipotensión intracraneal por fuga dural de LCR producida por la punción, ocasiona una pérdida de la suspensión hidráulica del encéfalo, lesionando el VI par craneal. La recuperación es espontánea en la mayoría de los casos y de buen pronóstico sin necesidad de ningún tratamiento, como se vio en este caso.

CPCC167

ANHIDROSIS HEMIFACIAL COMO SIGNO DE ALERTA EN SÍNDROME DE HORNER

Marta RIQUELME CANO, Pedro PÉREZ FERNÁNDEZ, Julián BERMÚDEZ PIO-RENDÓN, Roberto MARTÍNEZ DÍAZ, Marcos RUIZ SÁNCHEZ, Nuria GARCÍA GALLARDO

Introducción: El síndrome de Horner refleja una alteración de la vía simpática ocular. A menudo no se observa en su forma típica, caracterizada por la triada: ptosis, miosis y anhidrosis.

Presentación del caso clínico: Se exponen dos casos, un adulto y un lactante con Síndrome de Horner.

Caso 1: Varón de 44 años valorado en Urgencias por cefalea periorcular derecha. A la exploración se observa ptosis leve de ojo derecho y anisocoria, con pupila derecha mínimamente miótica. Como dato de interés el paciente muestra un selfie, objetivándose evidente anhidrosis derecha tras la práctica deportiva. El test de Apraclonidina revierte la miosis y ptosis. El paciente es diagnosticado, mediante prueba de imagen, de disección de la arteria carótida interna extracraneal.

Caso 2: Lactante de 6 meses, segundo de parto gemelar, remitido a Consultas de Oftalmología infantil por ptosis izquierda. En la exploración de polo anterior presenta anisocoria, con miosis izquierda, ptosis e hipocromía iridiana. La instilación de colirio Ciclopléjico produce una llamativa rubicundez hemifacial derecha. El test de Apraclonidina revierte la anisocoria y la ptosis. Se procede al estudio con pruebas de imagen resultando las exploraciones anodinas. Se postula que es debido a una compresión de la vía simpática en el canal del parto.

Discusión: Los test farmacológicos completan la clínica para obtener el diagnóstico. Facilitan la localización de la lesión, al igual que la presencia de la anhidrosis, que permite diferenciar daño preganglionar o postganglionar. Ante la presencia de éste síndrome hay que descartar patología grave que suponga riesgo para el paciente

Conclusiones: La anhidrosis o rubor hemifacial como dato característico de Síndrome de Horner, es un signo peculiar no objetivado con frecuencia. Aporta gran información en el despistaje de anisocorias.

CPCC168

NEUROSARCOIDOSIS, UN DIAGNÓSTICO POSIBLE

Nieves de las RIVAS RAMÍREZ, Álvaro SANTOS ORTEGA

Introducción: La neurorretinitis consiste en la combinación de neuritis óptica y signos de inflamación retiniana, normalmente macular. Es el tipo menos frecuente de neuritis óptica, siendo su causa más frecuente la enfermedad por arañazo de gato.

Caso clínico: Varón de treinta y cinco años remitido por episodios de papilitis recurrente del ojo derecho (OD). No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés, salvo ambliopía anisométrica ojo izquierdo (OI).

A la exploración, leve anisocoria sin defecto pupilar aferente relativo. No alteración de la visión cromática ni de la sensibilidad al contraste. Se apreció hipertrofia de la glándula lagrimal bilateral con polo anterior normal. En la funduscopía del OD encontramos una papila de bordes sobreelevados con ingurgitación vascular y shunts óptico-ciliares, exudados duros en haz papilomacular y coroiditis multifocal pseudoserpinginosa alrededor de la papila.

Se realizaron campos visuales, potenciales evocados visuales, resonancia magnética de cráneo, tomografía de coherencia óptica, retinografía, y angiografía fluoresceínica, así como un estudio a nivel sistémico. Ante la conjunción de hallazgos clínicos, se establece una alta sospecha de neurorretinitis por sarcoidosis.

Se inició seguimiento por Neurología y Medicina Interna, instaurando tratamiento con corticoides. Continuó presentando episodios, por lo que se pautó adalimumab, permaneciendo asintomático desde entonces.

Conclusiones: La neurosarcoidosis plantea retos diagnósticos y supone una morbilidad significativa para los pacientes. Es importante sospechar esta entidad y descartar la afectación de otros órganos. El diagnóstico definitivo requiere una biopsia del tejido pero se considera un diagnóstico "posible" cuando la presentación clínica es compatible y se excluyen otras etiologías.

CPCC169

PAPILEDEMA COMO EFECTO SECUNDARIO DEL TRATAMIENTO CON ISOTRETINOÍNA

Esther RODRIGO MORALES, Fernando PÉREZ ROCA, Ana ALFARO JUÁREZ

Introducción: La isotretinoína es un fármaco ampliamente utilizado en el acné severo utilizado generalmente cuando han fracasado todos los demás tratamientos debido a sus efectos adversos. Los efectos secundarios más frecuentes son sequedad de piel y mucosas, descamación cutánea, rash y elevación de enzimas hepáticas. A nivel oftalmológico la sequedad ocular, con conjuntivitis, blefaritis e intolerancia a lentes de contacto son frecuentes. Mucho más raras son la discromatopsia, cataratas, ceguera nocturna y el papiledema y pueden obligar al cese del tratamiento. Presentamos un caso de una paciente que presentó papiledema como efecto secundario al tratamiento con isotretinoína.

Caso clínico: Paciente mujer de 13 años en tratamiento con isotretinoína acude a consulta por oscurecimientos transitorios de visión desde el comienzo del tratamiento hace un mes.

Agudeza visual 1 en ambos ojos. Exploración normal salvo papiledema importante.

Campo visual (CV): aumento de mancha ciega en ambos ojos.

Los estudios complementarios incluyendo pruebas de imagen fueron normales y se retira la isotretinoína. La punción lumbar se realizó una vez retirado el tratamiento y fue normal.

A las pocas semanas la paciente refiere mejoría y ha desaparecido el papiledema y las alteraciones del CV.

Conclusiones: El edema de papila por isotretinoína está relacionado a una hipertensión intracraneal benigna (HICB) secundaria al tratamiento que en nuestro caso no pudo ser constatada puesto que la punción lumbar se realizó una vez abandonada la isotretinoína. Es un efecto secundario potencialmente grave que obliga a suspender el tratamiento y debe ser detectado precozmente, antes de que se produzcan secuelas permanentes. Además es importante descartar una HICB de causa primaria y constatar que la presión intracraneal y el CV se ha normalizado una vez abandonado el tratamiento.

CPCC170

NEUROPATIA ÓPTICA BILATERAL ASIMÉTRICA. ALERTA DE TOXIDAD POR CLÍNICA ATÍPICA

Carmen RUBIERA ALIJA, Carla SANTALLA CASTRO, Caterina SCALCIONE, Raquel SALAZAR MÉNDEZ

Introducción: La amiodarona es de los antiarrítmicos más frecuentemente prescritos y su toxicidad es ubicua. La neuropatía óptica, es un evento infrecuente. Su diagnóstico es clínico, aunque debido a la variabilidad de presentación y a la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), es difícil diferenciarla de una neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA). Sin embargo, su identificación es crucial, puesto que, con la retirada del fármaco, algunos casos pueden ser reversibles, o, al menos, no progresar.

Caso clínico: Varón de 60 años, como único antecedente, tiene una fibrilación auricular (FA) paroxística a tratamiento con amiodarona desde hace 3 meses. Acude por visión borrosa al mirar hacia arriba desde hace unos días. La agudeza visual (AV) es de 1.0 en ambos ojos. Presenta edema de papila en su ojo derecho (OD), sin hemorragias ni exudados. En la primera exploración, el nervio del ojo izquierdo (OI) no presenta alteraciones. La analítica y las pruebas de imagen realizados en urgencias son normales. El campo visual (CV) demuestra un defecto arciforme superior en OD, y, además, se objetiva un escotoma superior en OI, a pesar de ser éste asintomático. Una semana después, el edema de papila es ya bilateral y, además, en el OD ha progresado. Las características atípicas de la neuropatía: bilateral (BL), con disfunción leve y con buena AV, y la baja probabilidad de neuropatía isquémica BL por FA, ante la ausencia de otros FRCV, llevan al diagnóstico de neuropatía óptica asociada a amiodarona (NOAA). El edema se resuelve 5 meses más tarde, lo que apoya el diagnóstico. En este tiempo, mantiene buena AV, pero el CV progresa, probablemente debido a un retraso, en la retirada del fármaco.

Conclusiones: La NOAA, puede ser difícil de diferenciar de una NOIANA. Sin embargo, estos casos pueden beneficiarse de la retirada del fármaco, por lo que es importante detectar los signos atípicos, para poder identificar los casos sospechosos de toxicidad.

CPCC171

COMPLICACIONES OFTALMOLÓGICAS TRAS TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES

Marta SÁNCHEZ-DEHESA SÁEZ, Javier A. ITURRIA SOLER, Yanira GÓMEZ SAN GIL, Vanessa GERENA ARÉVALO, Diego URQUÍA PÉREZ

Introducción: La trombosis de senos venosos cerebrales es una patología cerebrovascular infrecuente a considerar en mujeres con cefalea y factores de riesgo como obesidad y anticoncepción hormonal. La hipertensión intracraneal es una de las complicaciones secundarias.

Caso clínico: Mujer de 27 años que consulta por cefalea, náuseas y vómitos de 3 días de evolución. A la exploración muestra somnolencia, afasia mixta y hemiparesia derecha. Como antecedentes destaca parto eutócico 4 meses antes, lactancia materna e inicio de anticoncepción hormonal el mes previo. El TAC craneal y angio RMN evidencian trombosis de seno transversal izquierdo, longitudinal superior, recto y venas cerebrales internas, infartos venosos a nivel parietoccipital izquierdo y engrosamiento de ambos nervios ópticos. A la exploración oftalmológica presenta agudeza visual de 0.9 y 1, restricción leve a la abducción del ojo derecho con algún episodio autolimitado de diplopía horizontal, papiledema asimétrico mayor en ojo izquierdo con pliegues paramaculares. La OCT presenta engrosamiento de 3 cuadrantes en ojo derecho, de 4 cuadrantes y de la capa de células ganglionares en sector temporal en ojo izquierdo. El campo visual muestra aumento de la mancha ciega bilateral. Defecto leve periférico nasal-inferior en ojo derecho y discreta constricción periférica en ojo izquierdo. Tras tratamiento médico extenso destacando acetazolamida 500mg cada 12 horas, no presenta cefalea ni diplopia. A los 3 meses se encuentra asintomática, agudeza visual de unidad en ambos ojos, motilidad ocular conservada, resolución parcial del papiledema con engrosamiento de sector nasal e inferior bilateral en la OCT.

Conclusiones: La trombosis de senos venosos cerebrales puede cursar con papiledema y parálisis del VI par craneal secundario a hipertensión intracraneal. El tratamiento de elección es la acetazolamida oral para permitir un control óptimo de la presión intracraneal, evitando así complicaciones oftalmológicas secundarias.

CPCC172

PÉRDIDA DE VISIÓN SÚBITA EN MUJER JOVEN DURANTE LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO INTENSO; A PROPÓSITO DE UN CASO

Belén TORRES LEDESMA, Jéssica BOTELLA GARCÍA

Introducción: El fenómeno de Uhthoff se describe como un oscurecimiento transitorio de la visión tras el ejercicio o un baño caliente. Se asocia a esclerosis múltiple (EM) o neuritis óptica. Entidades como las drusas del nervio óptico o la persistencia de fibras de mielina también pueden desencadenar episodios de amaurosis por compresión de la vasculatura del nervio óptico.

Caso clínico: Se presenta un caso de una joven de 27 años que debuta con pérdida de visión en ambos ojos mientras realizaba ejercicio físico tipo "CrossFit". La paciente obtuvo recuperación visual del ojo izquierdo pasados unos minutos del cese del ejercicio. El ojo derecho no recuperó la visión normal, mostrando pérdida del campo visual temporal. La exploración del segmento anterior fue normal. El fondo de ojo derecho reveló una papila algo pálida y edematosa. Los cuadrantes nasales presentaban bordes papilares borrados. El ojo izquierdo no mostró alteraciones en el fondo de ojo. La analítica de sangre completa mostró parámetros normales. Se realizaron múltiples pruebas de imagen neurológicas y vasculares. Ninguna prueba mostró hallazgos reseñables. Se realizó campo visual Goldman en todas las visitas de seguimiento, autofluorescencia, OCT de nervio óptico, OCT de células ganglionares y HRT de nervio óptico. El campo visual en la primera visita presentó disminución de sensibilidad periférica, escotoma inferior y temporal. La paciente fue tratada con prednisona, ácido acetilsalicílico y vitaminas B1, B6 y B12. Los defectos campimétricos y el edema de papila disminuyeron durante el seguimiento. La agudeza visual en el último control fue 1,2.

Conclusiones: Ante una paciente mujer, joven, con episodios de amaurosis tras realizar ejercicio intenso, junto con alteraciones en la anatomía del nervio óptico debemos de realizar un diagnóstico diferencial extenso. El estudio sistémico y las pruebas complementarias son necesarias para descartar posibles etiologías y estudiar la evolución del cuadro.

CPCC173

NEURITIS ÓPTICA POR ENFERMEDAD DE LYME: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra UBIA SÁEZ, Marta BOVÉ GURI

Introducción: presentar las características clínicas, evolución y tratamiento de un caso de Neuritis óptica unilateral por enfermedad de Lyme en un paciente de 39 años por presentar pérdida de visión y un escotoma inferior en su ojo derecho.

Caso clínico: varón de 39 años que acudió a urgencias por presentar pérdida de visión en su ojo derecho (OD) y escotoma inferior del mismo ojo de aparición súbita. La agudeza visual (AV) del OD era de 0.7 con dificultad y la AV de OI de 1.2. En la exploración se apreciaba edema de papila unilateral con hemorragia peripapilar en OD, siendo el resto de la exploración normal. La campimetría mostraba un escotoma inferior del OD y la tomografía de coherencia óptica un aumento del grosor de la capa de fibras debido a la inflamación. Se realizaron pruebas de imagen (TAC craneal y RMN) que resultaron normales. La analítica mostró una elevación de IgG anti Borrelia Burgdorferi y se confirmó mediante la técnica de Western Blot. Insistiendo en la anamnesis, el paciente había realizado actividades al aire libre de senderismo por zonas endémicas dos meses antes, y refería una picadura de insecto y lesiones compatibles con eritema migrans en la pierna. Se inició tratamiento con Doxiciclina 100mg/12h durante seis semanas y a los dos meses el paciente presentaba una AV en su OD de 1.2, normalización del campo visual y exploración normal del fondo de ojo, sin edema de papila.

Conclusiones: la neuritis óptica por enfermedad de Lyme es una entidad poco frecuente en nuestro país. La borreliosis de Lyme se transmite al hombre por una picadura de garrapata infectada por la bacteria Borrelia Burgdorferi. La enfermedad consta de tres fases y si se inicia la antibioterapia correspondiente no suele cronificar. Dada la complejidad del diagnóstico serológico, la disponibilidad de datos objetivos y clínicos adicionales son de alta importancia para un correcto diagnóstico y tratamiento.

CPCC174

PAPILEDEMA UNILATERAL: ¿EXISTE?

Carla VEIGA SÁNCHEZ-TINAJERO, Silvia MUÑOZ, Juan J. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Introducción: El papiledema unilateral es un diagnóstico de exclusión, especialmente en pacientes con antecedentes personales de neoplasia. Se presenta un caso clínico y se plantea el diagnóstico diferencial y manejo de las neuropatías unilaterales con edema de papila.

Caso clínico: Una mujer de 52 años, con antecedentes de neoplasia de mama libre de enfermedad, consultó por pérdidas visuales repetidas e intermitentes de segundos de duración en su ojo izquierdo. Recibía tratamiento con examestano, vitamina D y calcio. La visión era 0.8 en ojo derecho y 1.0 en el izquierdo, la visión cromática era normal y los campos visuales mostraron contracción concéntrica bilateral. No había defecto pupilar aferente. Se apreció elevación y borramiento papilar sólo en el ojo izquierdo. Las serologías infecciosas y el perfil de enfermedades autoinmunes y granulomatosas fueron negativos. La resonancia magnética craneal y orbitaria excluyó patología compresiva o infiltrativa, pero reveló aplanamiento del polo posterior y dilatación del espacio perióptico del ojo izquierdo. La tomografía del disco (RNFL) detectó el signo de "twin peaks" en el ojo izquierdo y era normal en el derecho. El interrogatorio dirigido confirmó un aumento de peso progresivo, acúfenos y cefalea. El registro de presión intracraneal mostró valores elevados, con composición del líquido normal. Se inició tratamiento con acetazolamida oral y medidas dietéticas bajo la presunción de papiledema asimétrico (unilateral). En el seguimiento a un año se apreció resolución del cuadro.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial del edema de papila unilateral en adultos jóvenes debe incluir patología infecciosa, inflamatoria, desmielinizante, compresiva e infiltrativa. El término papiledema sólo debe utilizarse para describir el edema de papila secundario a hipertensión intracraneal. Aunque infrecuente, su presentación unilateral representa el grado máximo de papiledema asimétrico.

CPCC175

PÉRDIDA VISUAL BRUSCA TRAS RADIOTERAPIA EN CABEZA Y CUELLO

Isabel VELASCO SASTRE, Gerardo GARCÍA GÓMEZ, Sara T. DÍEZ ARANDILLA

Introducción: La irradiación de los tejidos del área de cabeza y cuello produce efectos tóxicos agudos, y tardíos, meses o años después. Estos efectos producen distintos síntomas como la pérdida de agudeza visual.

Caso clínico: Mujer, 58 años, con antecedentes personales de carcinoma epidermoide de orofaringe tratado con radioterapia en 2006, síndrome tóxico y exfumadora, que refiere disminución brusca de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) recuperada parcialmente sin otros síntomas acompañantes.

A la exploración, se observa (AV) corregida de 0,4 en OD y de 0,9 en ojo izquierdo (OI); defecto pupilar aferente relativo en OD; motilidad ocular extrínseca y biomicroscopía de polo anterior sin alteraciones; papila óptica de bordes bien definidos con color y excavación dentro de límites normales y parénquima retiniano inalterado en funduscopía.

Pruebas complementarias: Campimetría 30-2 con defectos difusos en OD y arciformes superior e inferior en OI. Velocidad de sedimentación glomerular y proteína C reactiva en rango normal. Tomografía de coherencia (TAC) óptica dentro de la normalidad. Doppler carotídeo y angio-TAC muestran trombosis obstructiva completa de carótida común e interna derechas. Potenciales evocados y electroretinograma: ligero retraso en amplitud y latencia.

Juicio clínico: Amaurosis fugax en paciente con estenosis carotídea tras radioterapia por carcinoma epidermoide orofaríngeo.

Conclusiones: Existe una relación entre irradiación de cabeza y cuello y estenosis de la arteria carótida. La patología oftálmica, entre ella amaurosis fugax, puede ser el primer síntoma de enfermedad carotídea siendo necesario realizar un eco-doppler para diagnosticarla.

CPCC176

CORRELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE ELECTORRETINOGRAMA Y TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES CON FIJACIÓN PARAFOVEAL

Elisa VILADÉS PALOMAR, Elena GARCÍA MARTÍN, Marta CIPRÉS ALASTUEY, Javier OBIS ALFARO

Introducción: La resolución espacial del campo visual humano cambia en función de la distancia desde el centro del punto de fijación. El campo visual se divide en tres áreas: foveal, parafoveal y periférica, la de mayor agudeza visual (AV) es la foveal, abarcando aproximadamente 2 °, a continuación el área parafoveal entre 2 ° y 5 °, y la visión periférica de los 5 ° hasta el borde del campo de visión, la AV disminuye progresivamente en cada area.

Hemos analizados dos casos de fijación parafoveal mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) Spectralis-SD (Heidelberg Engineering), Tritón Swept-Source (Topcon) y electroretinograma multifocal (mfERG) con RetiPort/Scan (Roland Consult), con el objetivo de ver la correlación estructural y la funcional de las células retinianas, mediante una representación con imágenes de OCT y el mapa tridimensional del mfERG.

Casos clínicos: Caso 1: Paciente con AV ETDRS 100% igual a 0,0 en ambos ojos (AO), sensibilidad al contraste (SC) Pelli Robson 1,35 en ojo derecho (OD) y 1,20 en ojo izquierdo (OI), presenta fijación parafoveal <1°. Caso 2: Paciente con antecedente de neuritis óptica en OD y fijación parafoveal de 3° en OI, que presenta AV ETDRS 100% de 0,7 en OD y 0,1 en OI, SC PelliRobson de 1.05 en OD y 1.20 OI.

Conclusiones: Podemos ver como la AV y la SC disminuyen a medida que aumenta la excentricidad de fijación, como se observa claramente en el mapa tridimensional del mfERG, siendo la SC el parámetro que más rápido se ve alterado.

CPC177

NUESTRA EXPERIENCIA CON LA ESTRATEGIA MIX AND MATCH EN LENTES MULTIFOCALES

Johana C. ARBOLEDA HURTADO, Luis SALVÀ LADARIA, Scott GARCÍA PACHECO

Propósito: Comparar los resultados visuales y el nivel subjetivo de satisfacción en pacientes sometidos a facoemulsificación con implante de Lente Intraocular (LIO) multifocal (MF) en ambos ojos bajo la estrategia de combinar diferentes grados de adición en cada ojo teniendo en cuenta la dominancia ocular.

Método: Estudio longitudinal con 16 pacientes que fueron intervenidos de catarata bilateral secuencial bajo técnica de facoemulsificación e implante de LIO multifocal Lentis Mplus LS-313 (Oculentis) con diferentes grados de adición teniendo en cuenta la dominancia ocular. Grupo A (n= 6) pacientes con implante de Lentis Mplus LS-313 MF 15 (Adición 1.5) en ojo dominante. Grupo B (n= 10) pacientes con Lentis Mplus LS-313 MF 20 (Adición 2.0) en ojo dominante. En ambos grupo se implantó Lentis Mplus LS-313 MF 30 en ojo no dominante.

Resultados: A los 3 meses postoperatorios se valoró agudeza visual sin corrección, la presencia de fenómenos visuales, la sensibilidad al contraste y el grado de satisfacción. No encontramos diferencias en la presencia de fenómenos visuales postoperatorios entre ambos grupos (P=0,70). Se reportó dependencia a gafas para cerca en tres pacientes del grupo A y dependencia a gafas para lejos en un paciente del grupo B. Ningun paciente reportó dependencia a gafas para visión intermedia. En la AV binocular por curva de desenfoque no encontramos diferencias significativas en vergencias a 33 cm, a 67 cm e infinito para ambos grupos (P=0.72, P=0.41 y P=0.24 respectivamente). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en la sensibilidad al contraste (P=0,10). En el grado de satisfacción subjetiva encontramos diferencias estadísticamente significativas (P<0.05).

Conclusiones: Pese a que la agudeza visual postoperatoria fue similar en ambos grupos encontramos diferencias significativas en cuanto al grado de satisfacción subjetiva probablemente por algún grado de dependencia a gafas de cerca en pacientes del grupo A.

CPC178

VARIACIONES INDUCIDAS POR DISTINTOS TIPOS DE LENTES INTRAOCULARES EN LAS MEDIDAS REALIZADAS CON TOMOGRAFÍAS DE COHERENCIA ÓPTICA

Javier GARCÍA BELLA, Paula TALAVERO GONZÁLEZ, José M. VÁZQUEZ MOLINÍ, Juan C. SANZ FERNÁNDEZ, Jesús CARBALLO ÁLVAREZ

Propósito: Analizar las alteraciones inducidas en las medidas del grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) peripapilar realizadas con tomografías de coherencia óptica (OCT) tras la implantación de diversos tipos de lentes intraoculares (LIO)

Método: Se incluyeron 150 ojos de 75 pacientes con catarata bilateral. 25 pacientes fueron implantados bilateralmente con la LIO difractiva trifocal AT LISA® Tri, 25 fueron implantados con la LIO FineVision® y 25 fueron implantados con la LIO monofocal CT ASPHINA®. Se realizó OCT de dominio espectral previo a la cirugía y a los 3 meses de la cirugía del segundo ojo con dos tipos diferentes de sistemas (Cirrus® HD OCT y Spectralis® OCT) incluyendo medidas del grosor global de la CFNR y segmentado en 4 sectores en el caso del sistema Cirrus® y en 6 sectores en el caso del sistema Spectralis®. Se calcularon las diferencias entre el grosor postoperatorio menos el preoperatorio en cada uno de los sectores estudiados.

Resultados: En el grupo implantado con LIO AT LISA® Tri se obtuvo una diferencia del grosor global de $2,07 \pm 10,29$ micras con el sistema Spectralis® y de $5,52 \pm 8,18$ micras con Cirrus®. En el grupo implantado con LIO FineVision se obtuvo una diferencia del grosor global de $1,72 \pm 4,58$ micras con Spectralis® y de $4,26 \pm 11,54$ micras Cirrus®. En el grupo monofocal se obtuvo una diferencia de $2,10 \pm 4,24$ micras con Spectralis® y de $2,02 \pm 3,30$ con Cirrus®. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variación inducida por ambas LIO trifocales con respecto a la LIO monofocal en los sectores temporales y en el grosor global. En todos los casos las alteraciones inducidas por las LIO difractivas trifocales son mayores que las inducidas por la LIO monofocal.

Conclusiones: La cirugía de catarata con implantación de una LIO difractiva trifocal altera las mediciones del grosor de la CFNR en mayor medida que la implantación de una LIO monofocal sobre todo en el grosor global y en los sectores temporales.

CPC179

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD VISUAL EN LENTES MULTIFOCALES

Galadriel GIMÉNEZ CALVO, Francisco de Asís BARTOL-PUYAL, Irene ALTEMIR GÓMEZ, Beatriz CORDÓN CIORDIA, José M. LARROSA PÓVES

Propósito: evaluar la calidad visual entre tres tipos de lentes intraoculares; Tecnis ZCB00 (monofocal), ZMB00 (Bifocal) y Symphony (de rango de visión extendido).

Método: A 66 ojos de 33 pacientes se les implantó la LIO monofocal Tecnis ZCB00, a 88 ojos de 44 pacientes se les implantó la LIO multifocal ZMB00 y a 38 ojos de 19 pacientes se les implantó la LIO de rango de visión extendido Symphony (Abbott Medical Optics). Se midió la refracción objetiva, la agudeza visual en diferentes condiciones de iluminación, Test de velocidad lectora (Radner Visum), halometría, curva de desenfoque y cuestionario de calidad visual.

Resultados: La agudeza visual en condiciones mesópicas fue menor en la lente ZMB00 y Symphony que en la lente monofocal ZCB00. Todos los grupos presentaron buena velocidad lectora. La percepción de halos fue mayor en la lente ZMB00. La curva de desenfoque de la lente ZMB00 presentó dos focos que correspondían con el perfil de la lente, la curva de la lente Symphony presentaba un foco de lejos extendido hasta distancia intermedia y la lente monofocal ZCB00 un único foco de lejos. La satisfacción de los pacientes fue alta, especialmente en los usuarios de lentes de focal extendida Symphony.

Conclusiones: Las nuevas lentes difractivas de foco extendido presentan buena calidad visual y alta satisfacción visual.

CPC180

ESTUDIO DE LA SENSIBILIDAD AL CONTRASTE ENTRE PACIENTES CON LENTE INTRAOCULAR AMO TECNIS TORIC ASPHERIC ZCT Y PACIENTES CON LENTE INTRAOCULAR AMO TECNIS ZCB00 TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

Rubén HERNÁNDEZ VIAN, Gloria LÓPEZ VALVERDE, Alicia GAVÍN SANCHO, Miriam IDOIBE CORTA, Eduardo del PRADO SANZ, Antonio MATEO OROBIA

Propósito: Analizar las diferencias en la sensibilidad al contraste entre pacientes implantados con lente intraocular (LIO) AMO Tecnis Toric Aspheric ZCT y pacientes implantados con LIO AMO Tecnis monofocal ZCB00, tras cirugía de catarata.

Método: Se incluyeron 13 pacientes (26 ojos) en el grupo con implante de LIO tórica y 40 pacientes (74 ojos) formaron el grupo control con implante de LIO monofocal. Los criterios de inclusión del grupo con LIO tórica fueron: pacientes menores de 90 años diagnosticados de catarata y con astigmatismo corneal entre 1.5 D y 6 D; quedaron excluidos los pacientes con alguna patología sistémica u oftalmológica, y astigmatismos corneales irregulares. Los criterios de inclusión del grupo control fueron: pacientes menores de 90 años diagnosticados de catarata y con astigmatismo corneal inferior a 1 D, quedando excluidos aquéllos con alguna patología sistémica u oftalmológica. La sensibilidad al contraste se evaluó a nivel monocular y binocular en condiciones fotópicas y mesópicas (con y sin deslumbramiento) con el test de Pelli Robson y el CSV 1000.

Resultados: Se aplicó el test de corrección de Bonferroni a los resultados estadísticos obtenidos a partir del análisis de permutaciones. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre ambos grupos tanto a nivel monocular como binocular.

Conclusiones: Los pacientes implantados con LIO tórica AMO Tecnis ZCT no presentan diferencias en la sensibilidad al contraste frente a los pacientes implantados con LIO monofocal AMO Tecnis ZCB00, tras cirugía de catarata.

CPC181

FYDRANE VERSUS RÉGIMEN TÓPICO ESTÁNDAR EN LA CIRUGÍA DE CATARATA

Eduardo RIBAS COLL, Jordi FOLCH RAMOS, Agustín FERNÁNDEZ GUARDIOLA, M.^a Cruz CIPRÉS PALACÍN, Pedro L. BLASCO POSA, Gabriel ARCOS

Propósito: Comprobar la eficacia y seguridad de la administración intracamerular del Fydrane, en comparación a la administración combinada de tropicamida al 1% y fenilefrina al 10% a un régimen tópico estándar.

Método: Se seleccionan 45 pacientes para cirugía catarata bilateral con anestesia tópica. El primer ojo se dilata con Fydrane, y el segundo con gotas 1 hora y media antes de la cirugía cada 30 minutos con tropicamida 1% y fenilefrina 10%. El diámetro pupilar se mide antes de la incisión corneal, tras la inyección del Fydrane (el primer ojo), tras la inyección de viscoelástico previa a la capsulorexis y antes de la implantación de la LIO. Tras la cirugía el paciente realiza una encuesta de confort de la misma.

Resultados: La diferencia media de dilatación entre los dos métodos es estadísticamente significativa, siendo mayor con la utilización de régimen tópico estándar, aunque la utilización de Fydrane no impide realizar la cirugía sin complicaciones. La satisfacción por parte del paciente entre los métodos no presenta diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Fydrane es una alternativa al protocolo de gotas tópicas dilatadoras previas a la cirugía de catarata. No presenta más riesgos de complicaciones durante la cirugía y simplifica la preparación de la misma, valorado satisfactoriamente tanto por el paciente como por el servicio de enfermería. Sin embargo, aunque la eficacia y seguridad están contrastadas, su mayor coste no siempre justifica su uso.

CPC182

EVOLUCIÓN REFRACTIVA Y ABERROMÉTRICA TRAS FOTOQUERATECTOMÍA REFRACTIVA MIÓPICA

Andrés FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO, Rafael I. BARRAQUER COMPTE

Propósito: Analizar la evolución de la agudeza visual, el error refractivo y las aberraciones oculares en el postoperatorio a corto plazo de la fotoqueratectomía refractiva (PRK).

Método: Se han evaluado 40 casos de pacientes operados con PRK mediante láser excimer de punto flotante (Allegretto wavelight EX500) en los que se ha medido las aberraciones oculares de alto orden, en especial la aberración esférica, así como la agudeza visual y la refracción en el preoperatorio y tras 1, 2 y 3 meses de la cirugía. Para evaluar las variaciones aberrométricas se ha calculado el error cuadrático medio "Root Mean Square (RMS)" para 5 milímetros de pupila en todos los casos.

Resultados: La agudeza visual sin corrección promedio en el preoperatorio fue de 0.11 (Snellen decimal). Tras la cirugía los valores fueron de 0.97 al mes, de 1.07 a los 2 meses y de 1.11 a los 3 meses. La agudeza visual con corrección en el preoperatorio fue 1.19, al mes de 1.16, a los 2 meses de 1.23 y a los 3 meses de 1.25. El equivalente esférico de los casos fue de -3.65 dioptrías (D) en el preoperatorio, al mes de -0.06D, a los 2 meses de -0.07D y a los 3 meses de -0.07D. Y por último, en cuanto a las aberraciones de alto orden los valores encontrados fueron de 0.20 μm en el preoperatorio, de 0.29 μm al mes, de 0.27 μm los 2 meses y de 0.25 μm a los 3 meses. La aberración esférica (Z400) preoperatoria fue de 0.19 μm , al mes de 0.27 μm , a los 2 meses de 0.25 μm y a los 3 meses de 0.24 μm . La aberrometría total preoperatoria fue de 3.31 μm , al mes de 0.72 μm , a los 2 meses de 0.63 μm y a los 3 meses de 0.60 μm .

Conclusiones: La PRK es una técnica eficaz, predecible y segura, obteniendo un buen resultado tanto desde un punto de vista de calidad visual como óptica. Siempre que se realiza este procedimiento se inducen aberraciones de alto orden que van mejorando durante el tiempo de seguimiento.

CPC183

ABERRACIONES DE ALTO ORDEN MONOCROMÁTICAS EN PACIENTES CON MIOPIA PATOLÓGICA Y ESTAFILOMA

Rosa M. COCO, Santiago DELGADO TIRADO, Alberto LÓPEZ MIGUEL, Yazmin BAEZ PERALTA, Itziar FERNÁNDEZ, Miguel J. MALDONADO

Propósito: Evaluar las aberraciones de alto orden (AAO) monocromáticas en pacientes con miopía patológica (MP) y estafiloma.

Método: Estudio prospectivo analítico observacional. Se reclutaron consecutivamente pacientes con MP con un equivalente esférico miópico ≥ 6 dioptrías (D). Se crearon 4 grupos de estudio: MP, MP y estafiloma inferior, MP y estafiloma posterior (EP) sin mácula en cúpula y con mácula en cúpula, junto con un grupo control compuesto de miopes menores de 6.00 D. Posteriormente, los pacientes se dividieron también en dos grupos, pacientes con y sin estafiloma. Se evaluaron las AAO (pupila de 6 mm) utilizando un sistema Hartmann-Shack. Se realizó un análisis de covarianza de un factor. La covariable para las aberraciones corneales y oculares fue la edad, y para las aberraciones internas fue la densitometría de cristalino.

Resultado: La edad media de los pacientes fue de 43.2 ± 12.4 años. Se reclutaron 31 controles, 18 con MP, 14 con MP y estafiloma inferior, y 15 y 17 con MP y EP sin y con mácula en cúpula, respectivamente. Los pacientes MP con EP y mácula en cúpula mostraron valores de tetrafoil corneal significativamente ($p=0.03$) menores (media: -0.12μ , 95% CI: $-0.21, -0.03$) que el grupo control. Los pacientes menores de 45 años correspondientes a los grupos MP y EP y sin y con mácula en cúpula, mostraron valores de aberración esférica primaria corneal significativamente ($p \leq 0.05$) menores (medias: 0.19μ , 95% CI: $0.07, 0.31$ y 0.13μ , 95% CI: $0.03, 0.24$, respectivamente) que el grupo control. Los pacientes con estafiloma mostraron significativamente ($p \leq 0.04$) un valor de aberración esférica primaria corneal menor (media: -0.11μ , 95% CI: $-0.03, -0.19$) e interna mayor (media: 0.10μ , 95% CI: $0.00, 0.21$) que los que no lo tenían.

Conclusiones: Los pacientes afectados de miopía patológica con estafiloma muestran valores de aberración esférica primaria distintos a los miopes sin estafiloma independientemente de la existencia o no de mácula en cúpula.

CPC184

POTENCIALES EVOCADOS VISUALES MULTIFOCALES EN LA AMBLIOPÍA DEL ADULTO

M^a Esperanza GARCÍA ROMO, Consuelo PÉREZ RICO, Román BLANCO VELASCO, Elena PARDINA CLAVER

Propósito: Evaluar la función visual en adultos ambliopes mediante los Potenciales Evocados Visuales Multifocales (PEVmf).

Métodos: Estudio observacional y transversal con 17 adultos ambliopes y 19 controles. Los ambliopes fueron divididos en 3 grupos: ambliopía anisométrica (n = 8), ambliopía estrábica (n = 5) y ambliopía estrábica con anisometropía (n = 4).

Resultados: Se observaron diferencias significativas en las amplitudes del PEVmf (análisis interocular y monocular) entre los ojos ambliopes por anisometropía (80%) y sus adelfos (13,3%) ($P < 0,001$), mientras que en la ambliopía estrábica tales defectos se encontraron en el 100% de los ojos ambliopes y sus adelfos. Retrasos de latencias interoculares y monoculares del PEVmf se vieron en el 66,6% y 26,6% de los ojos ambliopes por anisometropía y sus adelfos ($P = 0,065$) y en el 40% de los ojos ambliopes por estrabismo y sus adelfos. Los retrasos de las latencias mostraron diferencias significativas entre los ojos ambliopes por anisometropía y por estrabismo ($P = 0,036$).

Conclusiones: Las amplitudes y latencias de los PEVmf estaban significativamente alteradas en los ojos ambliopes y en menor extensión en sus adelfos. Las latencias del PEVmf estuvieron más retrasadas en los ojos ambliopes por anisometropía que por estrabismo, sugiriendo que ambos tipos de ambliopía pueden representar procesos neurológicos diferentes.

CPC185

DESARROLLO DE UN MODELO ARTIFICIAL DE FIBROSIS CAPSULAR POSTERIOR PARA EL ENTRENAMIENTO DE CAPSULOTOMÍAS YAG

M.^a Concepción GUIRAO NAVARRO, Valentina BILBAO MALAVÉ, Belén ALFONSO BARTOLOZZI, Jesús BARRIO BARRIO

Propósito: Desarrollar un modelo artificial de fibrosis de cápsula posterior, accesible y fácilmente reproducible, para la realización de capsulotomías YAG, que permita el aprendizaje de esta técnica a residentes de oftalmología.

Método: Se realizaron varias pruebas con distintos materiales de fácil acceso, como papel de fumar previamente tratado con ácido cítrico y ácido clorhídrico, y papel celofán tratado con colirio glucosado hiperosmolar, hasta adquirir el modelo ideal. Se utilizó un ojo artificial diseñado para introducir en su interior una lente intraocular y el soporte capsular. Se pidió a varios especialistas que realizaran capsulotomías con el equipo de láser YAG a una potencia de 2,0 mJ según la técnica en cruz utilizando el modelo propuesto, y que posteriormente, completaran un cuestionario sobre el realismo percibido al realizar la técnica.

Resultados: El modelo basado en papel de fumar tratado previamente con ácido clorhídrico presentó el comportamiento más similar a la capsulotomía YAG que se realiza en los pacientes reales. Es necesario perfeccionar el tratamiento previo del material para conseguir impactos eficaces utilizando menor potencia de láser.

Conclusiones: La capsulotomía YAG es una de las destrezas técnicas que deben adquirir los residentes de oftalmología, sin embargo, hasta el momento no hay disponible ningún modelo comercial que permita practicar esta técnica. Por lo que proponemos un modelo de cápsula posterior fibrosada que podría facilitar la práctica de este procedimiento y su perfeccionamiento antes de realizarla en pacientes reales.

CPC186

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA VÍA VISUAL EN ADULTOS AMBLIOPES

Consuelo PÉREZ RICO, M^a Esperanza GARCÍA ROMO, Román BLANCO VELASCO, Marina del Valle GARCÍA RAMÍREZ

Propósito: Evaluar la función visual en ambliopes adultos

Métodos: Estudio que incluía 17 adultos ambliopes y 19 controles. Los ambliopes fueron divididos en 3 grupos: ambliopes anisométricos (n = 8), ambliopes estrábitos (n = 5) y ambliopes mixtos (n = 4). Se analizaron las relaciones entre los resultados de los potenciales evocados visuales multifocales (PEVmf) y los hallazgos clínicos, datos psicofísicos (perimetría Humphrey) y estructurales (tomografía de coherencia óptica, OCT).

Resultados: Se observaron diferencias significativas en las amplitudes del PEVmf (análisis interocular y monocular) entre ojos ambliopes por anisometropía (80%) y sus adelfos (13,3%) ($P < 0,001$), mientras que en la ambliopia estrábica tales defectos se encontraron en el 100% de los ojos ambliopes y sus adelfos. Retrasos de latencias interoculares y monoculares del PEVmf se vieron en el 66,6% y 26,6% de los ojos ambliopes por anisometropía y sus adelfos ($P = 0,065$) y en el 40% de los ojos ambliopes por estrabismo y sus adelfos. Se observó una concordancia significativa entre los defectos detectados por la perimetría Humphrey y los PEVmf en el área central del campo visual ($P = 0,033$). El espesor medio total de la capa de fibras nerviosas de la retina, espesor foveal y macular y volumen macular medido por OCT no mostraron diferencias significativas entre los ojos ambliopes, sus adelfos y controles.

Conclusiones: Las amplitudes y latencias de los PEVmf estuvieron significativamente alteradas en los ojos ambliopes y en sus adelfos, tratándose la ambliopía de un proceso que implica a ambos ojos: ambliope y adelfo. En la ambliopía, los PEVmf detectan más defectos que la perimetría estática computerizada. No está clara la implicación de la retina en el proceso ambliopizante.

CPC187

TONOMETRO DE CONTORNO DINÁMICO EN PACIENTES CON ANILLOS INTRAESTROMALES POR QUERATOCONO

Paula ARRIBAS PARDO, Carmen D. MÉNDEZ HERNÁNDEZ, Rubén SÁNCHEZ JEAN

Propósito: Comparar la medida de la Presión intraocular (PIO) mediante el tonómetro de contorno dinámico Pascal y el tonómetro de aplanación de Goldmann en pacientes con queratocono con y sin implante de segmentos de anillos intraestromales (ICRS)

Métodos: Estudio observacional. 147 ojos de 147 pacientes con queratocono fueron evaluados. 74 habían sido sometidos a cirugía de implante de ICRS. Se midió la PIO empleando DCT y GAT en orden aleatorio. Se determinó el acuerdo intertonómetro mediante el método de Bland-Altman. Los efectos del espesor corneal central (CCT), Curvatura corneal (CC) y astigmatismo corneal sobre la PIO fueron examinados mediante un análisis de multivariante.

Resultados: las medidas de DCT se vieron afectadas por la presencia de ICRS ($p=0.017$) y CA ($p=0.030$). GAT mostró una correlación significativa con CCT. ($p<<0,001$)

Conclusiones: En queratocono, DCT obtiene medias fiables de la PIO que presentan buena concordancia con GAT. Además, DCT es independiente de CCT en estos pacientes, sin embargo, parece estar afectado por la presencia ICRS y CA.

CPC188

SENSIBILIDAD DEL SISTEMA DE POSICIONAMIENTO ANATÓMICO DE LA OCT SPECTRAL-DOMAIN EN EL GLAUCOMA

Andrés BLASCO ALBERTO, Valentín T. DÍAZ ALEMÁN, Iván RODRÍGUEZ TALAVERA, Marta GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

Propósito: El principal objetivo de este trabajo es determinar los valores de sensibilidad de la capa de fibras nerviosas (RNFL) medidos sin Sistema de Posicionamiento Anatómico (APS), de la RNFL con APS y del área del anillo neuroretiniano (RIM) medidos con APS, en el diagnóstico de glaucoma.

Método: La muestra de trabajo la componen pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto, pigmentario y pseudoexfoliativo. El análisis funcional se hizo con un perímetro Octopus estrategia TOP y el morfológico papilar (RNFL y RIM) con el Tomógrafo de Coherencia Óptica (OCT) Spectralis® con APS (Módulo Glaucoma Premium) y sin APS. Las dos pruebas fueron realizadas en el mismo día por un optometrista experimentado.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 54 pacientes (92 ojos) normales y 48 pacientes (80 ojos) con glaucoma. El defecto medio (MD) de los pacientes normales fue de 0.18 dB (SD 1.6) y de los glaucomatosos de 7.91 dB (SD 7.57). Con una especificidad del 95%, la sensibilidad global del área del RIM fue de 65.55% (ROC 0.95, IC 95% 0.98-0.91, $p < 0.05$), de la RNFL con APS fue 43.33% (ROC 0.91, IC 95% 0.96-0.87), y de la RNFL sin APS fue de 34.09% (ROC 0.89, IC 95% 0.94-0.84). Con una especificidad del 95%, el MD obtiene una sensibilidad de 65.00% (ROC 0.86, IC 95% 0.92-0.81). El sector con mayor sensibilidad corresponde al cuadrante temporal inferior del área del RIM, 84.26% (ROC 0.96, IC 95% 0.99-0.93).

Conclusiones: Con una especificidad del 95%, el análisis del área del RIM presenta mayor sensibilidad global que la RNFL con y sin APS sugiriendo que debe ser considerado como principal parámetro morfológico diagnóstico en pacientes con glaucoma y OCT Spectralis®.

CPC189

ESTUDIO DE LOS CAMBIOS CON LA EDAD EN LAS CAPAS INTERNAS DE LA RETINA EN LA POBLACIÓN CAUCÁSICA

Irene CAMACHO BOSCÁ, M.^a Nieves MORENO, José M.^a MARTÍNEZ DE LA CASA

Propósito: Estudiar los cambios en el espesor de la retina en el área macular en sus diferentes capas con respecto a la edad, sexo y longitud axial en la población caucásica.

Método: Estudio transversal observacional en el que se reclutaron 275 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 87 años sin patología oftalmológica. Se seleccionó de manera aleatoria un ojo por paciente. En todos los pacientes se realizó una OCT del área macular usando el protocolo de adquisición «dense» (Spectralis OCT, Heidelberg Engineering) y una medida de la longitud axial (LA) mediante un biómetro óptico (Lenstar LS 900). Se analizó el volumen y el grosor en los diferentes sectores maculares de las capas internas de la retina: capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL), capa de células ganglionares (CGR) y capa plexiforme interna, con el software de análisis macular del OCT-Spectralis. Se estudió mediante regresión lineal el efecto por la edad, sexo y LA.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 274 pacientes (170 mujeres y 104 varones). La media de edad fue de 48.23 años (rango 69 años). La media de la longitud axial fue de 23,38 mm (rango 6.89mm). La regresión lineal mostró una pérdida de espesor de la retina media por la edad de 0.26 μm /año ($p < 0.001$).

En la RNFL no encontramos una pendiente significativa siendo el grosor estable para todo el rango de edad.

El grosor de la capa de CGR cambia con la edad a razón de 0.036 μm /año ($p=0.02$).

En la capa plexiforme interna encontramos una pérdida de 0.05 μm /año ($p < 0.001$).

Conclusiones: Tanto el espesor medio como la capa de células ganglionares y la plexiforme interna decrecen con la edad. La capa de fibras nerviosas de la retina se mantuvo estable para todo el rango de edad estudiado.

CPC190

CAMBIOS EN LA PRESIÓN INTRAOCULAR A LA HORA DE LA INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE ANTI-VEGF

Yasmin CARTAGENA GUARDADO, Cristina BLASCO, Olivia PUJOL, Nura NAJJARI

Propósito: Evaluar los cambios en la presión intraocular a la hora de la inyección de anti-VEGF intravítreo.

Método: estudio prospectivo. Se incluyeron en ojos que recibían tratamiento con Anti-VEGF por primera vez y que no tenían antecedentes de tratamiento con corticoides en el último año. Se midió la presión intraocular antes de la inyección y una hora después.

Resultados: un total de 65 ojos fueron evaluados. En el 58% de los casos se inyectó aflibercept, en el 39% ranibizumab y en el 3% bevacizumab. En el 62% la indicación de anti-VEGF intravítreo fue por degeneración macular, y en el 22% por edema macular diabético. La presión intraocular disminuyó significativamente a la hora de la inyección del anti-VEGF (una disminución de 1.4 mmHg, $p=0.0173$). 8 ojos eran ojos con glaucoma. En estos ojos no se produjo una disminución de la presión intraocular después de la inyección intravítrea de anti-VEGF.

Conclusiones: a la hora de la inyección de anti-VEGF intravítreo se produce una disminución de la presión intraocular en ojos que no presentan glaucoma. Puede deberse a la salida de vítreo durante la inyección, que compensa el volumen que se ha inyectado en ojos sin glaucoma.

CPC191

EVALUACIÓN BIOMÉTRICA DEL SEGMENTO ANTERIOR MEDIANTE OCT Y CÁMARA DE SCHEIMPFLUG EN LA PSEUDOEXFOLIACIÓN Y CONTROLES

José I. FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Ana MACARRO MERINO, Lucía de PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, Inés SÁNCHEZ-GUILLÉN, Cristina FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, José A. FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ,

Propósito: Evaluar diferentes parámetros del segmento anterior en ojos con pseudoexfoliación (PSX), ojos contralaterales y controles mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) y cámara Scheimpflug.

Métodos: Se estudiaron 3 grupos: 44 ojos de 44 pacientes con PSX, 30 ojos contralaterales no afectados y 148 ojos de 148 controles sanos. Mediante la cámara de Scheimpflug (Pentacam, Oculus Inc.; Wetzlar, Alemania) se midieron la profundidad y volumen de la cámara anterior (CA), volumen corneal y paquimetría, diámetro pupilar y densitometría corneal. Mediante OCT RTVue 100 (Optovue, Fremont, CA, EEUU) se midieron la abertura angular, la longitud y área de la malla trabecular, el grosor del iris, y se valoró la visualización de depósitos PSX.

Resultados: No se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a la profundidad ni volumen de la CA, ni en el volumen corneal o paquimetría ($p \geq 0,228$ para todos los parámetros). Sin embargo la densitometría corneal fue similar en el grupo con PSX y ojos contralaterales no afectados, pero fue mayor que en el grupo control ($p < 0,001$). En cuanto a los parámetros de OCT no existieron diferencias en la abertura angular ni en el tamaño de la malla entre los 3 grupos, siendo el grosor del iris menor en los controles ($p = 0,005$). En todos los pacientes se detectó con OCT el depósito PSX previamente visualizado mediante biomicroscopía.

Conclusiones: No se detectaron diferencias entre las medidas biométricas del segmento anterior entre los pacientes con PSX y controles, salvo en el caso de la densitometría corneal central y el grosor del iris que fueron mayores en el grupo con PSX y en los ojos contralaterales.

CPC192

CAMBIOS HISTOLÓGICOS EN EL GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO: CORRELACIÓN CON EL GEN CYP1B1

M.^a Teresa GARCÍA ANTÓN, Rosa de HOZ MONTAÑANA, Ana I. RAMÍREZ SEBASTIÁN, Juan J. SALAZAR CORRAL, Julio ESCRIBANO MARTÍNEZ, José M. RAMÍREZ SEBASTIÁN

Propósito: Analizar la actividad genotípica del CYP1B1 y su fenotipo histológico y clínico en pacientes con glaucoma congénito primario (GCP).

Métodos: Estudio mediante microscopía electrónica de transmisión piezas quirúrgicas de trabeculectomías de pacientes con GCP (n = 5) y los anillos esclerocorneales de cadáveres de donantes normales (n = 3). El ADN genómico fue extraído de los leucocitos periféricos de los mismos pacientes para el estudio CYP1B1.

Resultados: El análisis histológico permitió clasificar las muestras de los pacientes en tres grupos: dependiendo de los hallazgos de la goniodogénesis: A) no se visualizó el canal de Schlemm (CS); B) presencia de CS y no visualización de canales colectores (CC); y C) presencia de CS y CC. Los pacientes de los grupos A y B tenían los haces trabeculares compactos y alterados, extensa necrosis de las células endoteliales trabeculares y una nula actividad enzimática de CYP1B1. En los pacientes del grupo C además de tener CS y CC, presentaban una malla trabecular más desarrollada que los grupos A y B con células endoteliales vivas y con signos de actividad fagocítica. Este grupo mostró una actividad enzimática del CYP1B1 del 60%. Todos los grupos tenían una inserción anormal del musculo ciliar, aunque en el grupo C la inserción estaba en una posición más posterior.

Conclusiones: En vista de nuestros resultados parece existir una relación entre la actividad enzimática del CYP1B1 y los cambios histológicos en el desarrollo de las vías de evacuación del humor acuoso. Nuestros hallazgos podrían ser útiles para mejorar la estrategia de tratamiento de GCP asociada con mutaciones de CYP1B1.

Este trabajo ha sido financiado por la Red de Enfermedades Oculares: "Prevención, detección precoz y tratamiento de la patología ocular degenerativa y crónica. RD12/0034/0002 IORC-UCM, RD12/0034/0003 HCSC (OFTARED), del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de

CPC193

EVALUACION DE LA PERFUSION DEL NERVIO OPTICO MEDIANTE ANGIO-OCT EN GLAUCOMA

Ana HERVÁS ONTIVEROS, Ricardo DÍAZ CESPEDES, Salvador GARCÍA DELPECH, Empar SANZ, Aída NAVARRO NAVARRO, David SALOM

Propósito: El propósito de este estudio es comparar la perfusión del disco óptico en sujetos normales y sujetos con glaucoma (leve, moderado, grave) utilizando la angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCT) y detectar los cambios en la perfusión del disco óptico en pacientes con patología glaucomatosa.

Método: Estudiamos 35 ojos de 20 pacientes mediante la Angio-OCT de alta velocidad (Angio-Vue, Imex). El algoritmo de amplitud-desviación angular (SSADA) de espectro dividido se utilizó para calcular la angiografía de disco óptico tridimensional. Se calculó un índice de flujo de disco a partir de 4 exploraciones registradas. El escaneo Widefield OCT sobre los discos se utilizó para medir el espesor de la capa de fibras nerviosas retinianas (NFL). La variabilidad se evaluó por el coeficiente de variación (CV).

Resultados: En los discos normales, una red microvascular densa es visible en la angio-OCT. Esta red se atenuó en sujetos con glaucoma. El índice de flujo del disco se redujo en un 25% en el grupo de glaucoma ($P = 0,003$). (15% leve, 10% moderada, 5% grave). La sensibilidad y la especificidad fueron del 100% utilizando un corte optimizado. El índice de flujo estuvo altamente correlacionado con la desviación estándar del patrón de campo visual.

Conclusiones: Mediante la angio-OCT, las mediciones repetidas de la perfusión del disco óptico pueden ser útiles en la evaluación del glaucoma y su progresión. Más investigaciones clínicas son necesarias para confirmar estos resultados prometedores.

CPC194

EVALUACIÓN DE LA VASCULATURA PAPILAR EN PACIENTES CON GLAUCOMA MEDIANTE ANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Simón QUIJADA ANGELI, Iulia OANA PANA, Rosa GUTIÉRREZ BONET, Diego URQUÍA PÉREZ, María ALARCÓN TOMÁS

Propósito: Estudiar las alteraciones vasculares en las diferentes capas de vasos papilares y peripapilares mediante el uso de la angiografía-tomografía de coherencia óptica, en pacientes diagnosticados con glaucoma crónico simple tratados con prostaglandinas.

Método: Estudio transversal de nueve pacientes, un total de 16 ojos, con glaucoma crónico simple tratados exclusivamente con analogos de prostaglandinas, utilizando el angio-tomografo de coherencia óptica swept source, tomando imágenes de 6x6 milímetros centradas en el nervio óptico, se utilizo el sistema de rastreo ocular, tomografías de coherencia óptica de la capa de fibras nerviosas, imágenes, en-face, "angio-B", "red-free" y retinografías. Se dividieron las zonas vasculares en región papilar, sectores peri-papilares superior, nasal, temporal e inferior, para evaluar las redes vasculares en sus diferentes capas: plexo superficial, plexo capilar profundo, retina externa y coriocalilar. Se compararon los valores con ojos sanos de la misma edad.

Resultados: 9 pacientes, 6 mujeres, edad media de 76 años, y 3 hombres, edad media de 72 años. Las imágenes de angiografía-tomografía de coherencia óptica swept source de todos los pacientes, mostraron una disminución global de la red capilar en todos los sectores, que se corresponde con los grosores de capas de fibras nerviosas mostrada en las imágenes tomográficas. En la región papilar se apreció la disminución del calibre vascular, rechazo vascular y la disminución del área de los vasos en relación al disco óptico, en comparación con los ojos sanos. Dichos análisis fueron apoyados por las imágenes "red-free" y "angio-B".

Conclusiones: La red vascular papilar y peripapilar parece tener un calibre disminuido, en ojos con glaucoma crónico simple tratados con prostaglandinas y la angiografía-tomografía de coherencia óptica es un método no invasivo que puede ser útil como complemento a las imágenes clásicas para seguimiento y diagnostico de dichos pacientes.

CPC195

CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MICROPERIMETRÍA, EL CAMPO VISUAL Y LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA MACULAR Y PAPILAR EN EL GLAUCOMA

Marta B. RODRÍGUEZ CAVAS, José J. GARCÍA MEDINA, Miguel TUDELA MOLINO, M.^a Paz VILLEGAS PÉREZ

Propósito: El objetivo de este estudio es evaluar el valor diagnóstico de distintos parámetros de la microperimetría, campimetría y la tomografía de coherencia óptica de nervio óptico y mácula.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en el que se incluyeron un total de 128 ojos de 99 pacientes (44 sin glaucoma y 84 con glaucoma). De los 44 ojos sin patología glaucomatosa, 22 eran ojos sanos y 22 hipertensos. De los 84 ojos con diagnóstico de glaucoma, 26 padecían glaucoma leve, 20 glaucoma moderado y 38 glaucoma severo. A cada ojo se le realizaron dos pruebas funcionales, microperimetría macular (MP1, Nidek) y campo visual (CV) 10-2 (Humphrey), además de dos estructurales (OCT macular y OCT de nervio óptico, OCT Cirrus, Zeiss). En las pruebas funcionales maculares se tuvieron en cuenta las sensibilidades regionales promediadas con conversión a escala lineal. En la OCT se midieron, a nivel peripapilar, grosores de la capa de fibras nerviosas de la retina y, a nivel macular, grosores de la capa de fibras nerviosas de la retina, capa de células ganglionares + capa plexiforme interna y retina externa. Se calculó el área bajo la curva COR considerando los dos grandes grupos y los subgrupos evolutivamente adyacentes.

Resultados: El análisis con curvas COR determinó que los parámetros con mayor capacidad diagnóstica fueron la desviación estándar de la media (DSM) y la duración de los tiempos en la realización de las pruebas funcionales, con un área bajo la curva muy superior a la obtenida en los parámetros de la OCT. La microperimetría no mostró mejores áreas bajo la curva que el CV 10-2.

Conclusiones: Los parámetros funcionales mostraron mejor poder discriminativo que los parámetros estructurales. La duración de la prueba funcional (campimetría o microperimetría), que nunca se había estudiado como criterio diagnóstico, parece un parámetro prometedor. Por otro lado, la microperimetría macular no parece superior a la campimetría.

CPC196

ESTUDIO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR CON CINCO DISPOSITIVOS DE TONOMETRÍA EN PACIENTES CON TRASPLANTE CORNEAL

Patricia TORO UTRERA, Carmen MÉNDEZ HERNÁNDEZ, Rubén SÁNCHEZ JEAN, Cristina FERNÁNDEZ PÉREZ, José M. BENÍTEZ DEL CASTILLO, Julián GARCÍA FEIJOO

Propósito: Comparar la presión intraocular (PIO) medida con cinco tonómetros en pacientes trasplantados de córnea y estudiar la influencia de parámetros morfológicos y biomecánicos sobre las mediciones de PIO.

Método: Estudio transversal en el que se incluyen 100 ojos intervenidos de trasplante de cornea. La PIO fue determinada empleando Tonopen XL, Tonometría de Contorno Dinámico Pascal (DCT), iCare Pro, Ocular response analyzer (ORA) y tonometría de aplanación Goldmann (GAT) en orden aleatorio. Se estudió el acuerdo entre otros tonómetros y GAT con el método de Bland-Altman. La influencia de espesor corneal central (CCT), queratometría, astigmatismo corneal y parámetros de cámara anterior determinados mediante Pentacam, así como de Factor de Resistencia Corneal (CRF) e histéresis corneal (CH) medidos por ORA fueron valorados mediante análisis de regresión múltiple

Resultados: La menor diferencia de medias con GAT se detectó para PIO compensada con cornea de ORA (IOPcc) 1.9 ± 4.4 mmHg ($p < 0.01$), DCT 1.6 ± 6.1 mmHg ($p = 0.028$) e iCare Pro 2.9 ± 3.5 mmHg ($p < 0.01$) respectivamente, y la mayor diferencia para Tonopen 6.4 ± 4.3 mmHg ($p < 0.01$) y PIO correlacionada con Goldmann de ORA (IOPg) 4.6 ± 4.5 mmHg ($p < 0.01$)

El máximo acuerdo con GAT se obtuvo para PIO correlacionada con córnea de ORA (IOPg) (ICC 0.5; 95%CI 0.3; 0.7) e iCare Pro (ICC 0.4; 95%CI 0.06; 0.6) y el mas bajo por DCT (ICC -0.05; 95%CI -0.7; 0.3).

Todas las mediciones de PIO fueron influenciadas por CRF excepto DCT. En el análisis de regresión múltiple CRF (BGAT= 0.99, $p < 0.0001$) y CH (BGAT= -0.77, $p < 0.001$) afectaron significativamente las mediciones obtenidas por GAT. Se pudieron obtener mediciones fiables en todos los sujetos con GAT, iCare y Tonopen, no siendo posible en 7 individuos con ORA ni en 31 casos con Pascal.

Conclusiones: Todos los tonómetros estudiados excepto DCT determinaron valores fiables de PIO en ojos con trasplante corneal. ORA IOPg e iCare Pro mostraron el mayor nivel de acuerdo con GAT.

CPC197

¿PODEMOS MEJORAR EL CAMPO VISUAL EN EL GLAUCOMA?

Miguel VISO GARROTE, José ZAMORA BARRIOS, Ana FERNÁNDEZ GRANDA, Carlos de PABLO MARTÍN

Propósito: Estudiar los cambios funcionales que se producen en el campo visual en pacientes con glaucoma al añadir citicolina a su tratamiento antihipertensivo médico y/o quirúrgico.

Método: Para ello se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo de dos años de duración de la progresión del defecto medio medido mediante campimetría Humphrey en 15 pacientes seguidos en la consulta de glaucoma que presentaban un glaucoma crónico simple y que estaban siendo tratados mediante fármacos, mediante cirugía filtrante o ambas opciones terapéuticas a los que se añadió una solución de 500 a 800 mg de citicolina al día.

Resultados: Se observó una disminución de la tasa media de progresión desde la introducción de la citicolina a -0.4 dB/ año.

Conclusiones: La introducción de la citicolina se asoció a una disminución en la tasa media de progresión del glaucoma.

CPC198

RESPUESTA NEUROPROTECTORA DE LAS CÉLULAS MADRE EN EL NERVIÓ ÓPTICO EN MODELOS DE ENFERMEDADES NEURODEGENETATIVAS

Anselmo FELICIANO SÁNCHEZ, Romana GARCÍA GIL

Propósito: Estudio de la respuesta neuroprotectora de las células mesenquimales humanas (MSC) sobre el nervio óptico en un modelo animal de esclerosis múltiple (EM).

Método: Se generó un modelo animal de EM, un modelo de EAE (encefalitis autoinmune experimental) con la proteína de la mielina (MOG) en ratón B6/C57, tras la inmunización se estudiaron los cambios que ocurrieron en el nervio óptico y se analizó el efecto de la infusión endovenosa de células mesenquimales. Se estudiaron 3 grupos: sanos (control), enfermos (EAE), enfermos en tratamiento con células mesenquimales (experimental).

Los animales del modelo EAE, fueron monitorizados y seguidos mediante escalas de discapacidad motora. Los globos oculares, retinas y nervios ópticos, se obtuvieron y procesaron para: 1) técnicas de examen morfológico y morfométrico a microscopía óptica, 2) técnicas de inmunofluorescencia, 3) técnicas de examen ultraestructural a microscopía electrónica.

Resultados: Los resultados demostraron que tras la administración de MSC intravenosas se producía una reducción de la respuesta celular inflamatoria en el nervio óptico (7.99 cells/ μm^2 frente 3.69 cells/ μm^2 ; $p < 0,0001$), disminución de la pérdida de mielina (el daño axonal global se reduciría al 54% frente al 88%) y menor destrucción axonal (0.16745 axons/ μm^2 frente 0.3598 axons/ μm^2 , ($p = 0,0251$).

Conclusiones: Se encontró un efecto neuroprotector tras la administración de MSC intravenosas, apreciándose una menor pérdida axonal, de mielina, y disminución de la respuesta inflamatoria efecto provocado por la capacidad inmunomoduladora de las MSC debido a su capacidad de secretar sustancias bioactivas.

CPC199

AJUSTE OPERATORIO (DECÚBITO SUPINO VERSUS SENTADO) EN LA CIRUGÍA DE ESTRABISMO CON ANESTESIA TÓPICA

Jorge L. MÁRQUEZ SANTONI, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ, José D. da SAÚDE LOURENÇO, Sasha Y. FINIANOS MANSOUR, Rosario GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ

Propósito: Comparar la desviación ocular en quirófano: decúbito supino versus sentado, y los resultados tras la cirugía de estrabismo con ajuste operatorio y anestesia tópica.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 30 pacientes con estrabismo horizontal y/o vertical que fueron operados con suturas ajustables, anestesia tópica y ajuste operatorio. Se analizaron la desviación lejos y cerca: preoperatoria, operatoria en ambas posiciones (sentado y decúbito supino) y postoperatoria al día siguiente de la cirugía, al mes y a los 3 meses. Se consideró buen resultado una desviación horizontal < 10 dp y vertical < 5 , sin diplopía.

Resultados: La edad media fue 55 años $\pm 20,3$, 80% mujeres. La mayoría (60%) tenían endotropías. La combinación quirúrgica más utilizada fue el RM y el RL en un 33,3%. El 40% requirió ajuste operatorio. La desviación media pre-quirúrgica fue 12,03 $\pm 22,49$ lejos y 9,6 $\pm 23,92$ dp cerca. La desviación operatoria en decúbito fue 5,8 lejos y cerca 2,46 dp. La desviación posición sentado fue 6 lejos y 3,56 dp cerca. No hubo diferencia significativa entre la posición decúbito y sentado ($p < 0,001$), con un porcentaje de buenos resultados del 66,6%. En el 90% se obtuvo buen resultado al día siguiente y al mes de la cirugía que disminuye al 86,6% a los 3 meses.

Conclusiones: No existieron diferencias estadísticamente significativas entre la desviación ocular de la posición sentado versus decúbito supino. El resultado fue bueno en la mayoría al final del estudio, pero la medición en quirófano no fue un factor predictor de éxito.

CPC200

¿ES LA CIRUGÍA MEJOR QUE EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL MANEJO DEL CHALACIÓN?: UN ESTUDIO DE COHORTES

Cristian M. CARRANZA NEIRA, Irene del CERRO PÉREZ, Carlota GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Basilio MORENO GARCÍA, Juan RIBA GARCÍA

Propósito: Comparar la inyección de Acetonido de Triamcinolona (AT) frente a las técnicas quirúrgicas en el tratamiento del Chalazión.

Método: Cohorte con dos grupos de pacientes. El primer grupo está formado por 272 pacientes con 372 chalaciones a los que se les realizó cirugía para el tratamiento del chalación entre el año 2010 y 2017 y otro grupo de 131 pacientes con 168 chalaciones a los que se les inyectó AT entre el año 2015 al 2017. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y no de exclusión.

Se analizó la eficacia de 1 o 2 inyecciones de 4 mg de AT intralesional por vía transcutánea o transconjuntival frente al tratamiento quirúrgico ya sea resección anterior completa o incisión y curetaje.

Se valoró a los pacientes del grupo AT 2 semanas después de la inyección de AT. A los pacientes que responden parcialmente al tratamiento con AT se les vuelve a inyectar por la misma vía que la primera vez. Se les revisó a las 2 semanas, a los 3 y a los 6 meses. Al grupo de técnica quirúrgica se les revisó a la semana y al mes de la cirugía.

Se consideró curación a la ausencia de lesión a la vista y el tacto. Se utilizó SPSS versión 22.0 para realizar el análisis estadístico.

Resultados: 540 chalaciones fueron incluidos. 372 para el grupo de cirugía y 168 para el grupo de AT. El 85% de los pacientes curaron en el grupo de AT frente a 85.2% en el grupo de técnicas quirúrgicas sin diferencias estadísticamente significativas ($P=0.944$).

La media de tiempo de resolución para el grupo de AT fue de 14.21, mientras que la media del tiempo de espera desde la consulta a la realización de cirugía fue de 95.35 días.

Conclusiones: No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la inyección de AT frente a las técnicas quirúrgicas para la curación del chalación siendo la curación con AT más rápida y económica.

CPC201

DESCOMPRESIÓN ORBITARIA DE PARED LATERAL PROFUNDA EN SUBLUXACIÓN ESPONTÁNEA DEL GLOBO OCULAR

Lucía HERNÁNDEZ PEREIRA, Álvaro Bengoa González, Bianca M.^a LASLAU, Enrique MENCÍA GUTIÉRREZ, Silvia PÉREZ TRIGO, M.^a Dolores LAGO LLINAS

Propósito: Presentar la eficacia de la descompresión orbitaria de pared lateral profunda, para la prevención de episodios recurrentes de subluxación espontánea del globo ocular (SEG), en pacientes con órbitas poco profundas e hiperlaxitud palpebral.

Método: Exponemos los resultados postoperatorios de la descompresión orbitaria de pared lateral profunda, en un grupo de 7 pacientes con SEG. Los pacientes incluidos en este trabajo presentaban órbitas poco profundas e hiperlaxitud palpebral, excluyendo a los pacientes con oftalmopatía tiroidea.

Resultados: A lo largo del tiempo se han propuesto pocas soluciones quirúrgicas para esta alteración. La realización de una tarsorrafia dificultaría la reducción de la SEG, en caso de que ésta se produjera. El avance del reborde orbitario, cambiaría la morfología facial. La descompresión de pared medial e inferior, tienen un conocido riesgo de diplopía e hipoestesia del nervio infraorbitario, respectivamente. La descompresión orbitaria de varias paredes, presupone un mayor tiempo quirúrgico, con una mayor morbilidad asociada.

Proponemos la descompresión de pared lateral profunda, como un procedimiento más sencillo, mediante el cual, obtenemos resultados adecuados, funcionales y estéticos, disminuyendo el tiempo quirúrgico y las tasas de complicaciones descritas con otras técnicas. En ningún caso hemos tenido complicaciones intra- ni postoperatorias. Un paciente con afectación corneal severa, previa a la cirugía, presentó resolución de la sintomatología en 4 semanas. Ningún paciente ha desarrollado episodios recurrentes de subluxación ocular.

Conclusiones: La descompresión de pared lateral profunda, representa un método eficaz y seguro de tratamiento definitivo en pacientes con SEG que asocian órbitas poco profundas e hiperlaxitud palpebral.

CPC202

RESULTADOS DE LA DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO: UN AÑO DE SEGUIMIENTO

Tania LÓPEZ MONTES, Frank A. BETANCES REINOSO, Cristina MARTÍNEZ REGLERO

Propósito: Valoración de los resultados obtenidos mediante la dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser diodo como técnica quirúrgica inicial en las obstrucciones de vías lagrimales.

Método: Se realizó una evaluación retrospectiva de 139 ojos de 99 pacientes sometidos a dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser diodo entre enero del 2012 y diciembre del 2015. Se consideró éxito quirúrgico aquellos casos que presentaron ausencia funcional de epifora al año de seguimiento.

Resultados: Las mujeres fueron las que más frecuentemente se sometieron al procedimiento quirúrgico (72% de los casos). La edad media de los pacientes fue de $64,41 \pm 11,96$ años (rango de 33 a 85 años). En un 40% de los casos se procedió a un abordaje bilateral, mientras que en un 30% sólo se operó la vía lagrimal derecha y en un 30% la izquierda. El porcentaje de éxito al año de seguimiento fue del 62,0%.

Conclusión: La dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser diodo constituye una técnica quirúrgica con un resultado limitado.

CPC203

¿PODEMOS FIARNOS DE NUESTRO OJO? CONCORDANCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LESIONES PALPEBRALES

M.^a Teresa SARANDESES DIEZ, Laura MARTÍNEZ PÉREZ, Jose M. ABALO LOJO, Tamara MATO GONDELLE, Francisco GONZÁLEZ GARCÍA

Propósito: Describir, entre las lesiones palpebrales intervenidas en cirugía menor en nuestro centro, el grado de concordancia clínico-histológica.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de lesiones extirpadas en el quirófano de cirugía menor en nuestro centro entre Octubre de 2013 y Febrero de 2016 a las que se le realizó estudio histopatológico. Se analizó: Edad, sexo, localización de la lesión, correspondencia clínico patológica, recidivas y márgenes de seguridad de la pieza.

Resultados: Se analizaron 85 lesiones de 84 pacientes (38 hombres, 46 mujeres) con una media de edad de 59,69 años. La localización de las lesiones resultó: párpado inferior (PI n=32), párpado superior (PS n= 35), párpado superior e inferior (n=6) y canto interno (n=11). De ellas 31 en anexos de ojo derecho, 45 en ojo izquierdo y 9 en ambos ojos simultáneamente.

La concordancia global entre el diagnóstico clínico y patológico fue substancial (Índice Kappa Cohen 0,66). Primaron las lesiones benignas (n=73) encontrándose también entidades premalignas (n=3). El carcinoma basocelular (n=7) y el epidermoide (n=2) fueron las tumoraciones malignas encontrados. En el subgrupo de lesiones malignas destaca una concordancia clínico-patológica del 33.33%. Entre éstas únicamente una lesión presentaba infiltración en sus márgenes. Del total de las lesiones, en 2 casos se encontraron recidivas durante el año de seguimiento (1 cuerno cutáneo y 1 CA basocelular).

Conclusiones: Se encuentra un porcentaje de concordancia clínico patológica elevado en las lesiones palpebrales estudiadas en nuestro centro, sin embargo éste disminuye en el caso de lesiones malignas. Se pone de manifiesto la importancia del análisis patológico de las lesiones extirpadas en cirugía menor palpebral así como los beneficios de la exploración por un cirujano oculoplástico.

CPC204

RESPUESTA INFLAMATORIA POSTPRANDIAL Y HEMODERIVADOS: ¿AUMENTA LA INTERLEUQUINA-6 (IL-6) EN LOS COLIRIOS AUTÓLOGOS?

Ainhoa BILBAO LAISECA, Vanesa FREIRE VALLEJO, Anayansy GONZÁLEZ AZNAR

Propósito: Comprobar si el estado postprandial del individuo en el momento de la extracción sanguínea aumenta o no la concentración de la citocina pro-inflamatoria interleuquina-6 (IL-6) en la composición final de tres hemoderivados en forma de colirio.

Método: Se realizó un estudio con diez voluntarios sanos a los cuales se les extrajo sangre en dos circunstancias concretas: tras un periodo de ayuno relativo (de al menos ocho horas) y en periodo postprandial (tres horas y media tras la última ingesta, siendo ésta idéntica para todos los participantes, hipergrasa e hipercalórica). La sangre extraída se procesó por tres métodos diferentes para la obtención de los tres hemoderivados estudiados: Suero Autólogo, Plasma Rico en Factores de Crecimiento y Plasma Rico en Plaquetas. Finalmente la IL-6 se cuantificó mediante el método colorimétrico Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA).

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la concentración de IL-6 en los diferentes preparados, hallándose también una gran variabilidad interindividual en la concentración de dicha interleucina.

Conclusiones: El aumento de la IL-6 podría influir en la eficacia de estos colirios ya que son usados en la práctica clínica para el tratamiento de enfermedades que cursan con cierto grado de inflamación ocular.

CPC205

OCT-SA EN LA CIRUGÍA DEL PTERIGION

Isabel PASCUAL CAMPS, Agustín PASCUAL CAMPS, Rodrigo MOLINA PALLETE, Clara MARTÍNEZ RUBIO, M^a Ángeles BORT MARTÍ, Enrique ESPAÑA GREGORI

Propósito: El pterigion es una patología de la superficie ocular cuyo tratamiento es quirúrgico. La cirugía de elección es la exéresis con autoinjerto conjuntival, que puede ser sujeto con sutura o pegamento tisular. El estudio habitual de esta patología se realiza con lámpara de hendidura, pero desde la aparición de las nuevas técnicas diagnósticas como la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA), esta patología puede ser estudiada con mayor detalle, tanto en su diagnóstico como en el seguimiento postquirúrgico y determinar si existen diferencias en la evolución anatómica en ambas técnicas de sujeción del autoinjerto.

Método: Se estudiaron 10 ojos, 5 con injerto suturado y 5 con pegamento tisular. Se realizó OCT-SA a todos ellos en la visita prequirúrgica, a los 7-10 días de la cirugía, al mes y a los 3 meses del seguimiento. Se realizaron diferentes mediciones, tales como la invasión corneal y el grosor conjuntival total, epitelial y estromal a diferentes distancias del limbo.

Resultados: La invasión corneal media fue de 2017,90 micras. El grosor conjuntival total se redujo significativamente ($p=0,028$) a lo largo del seguimiento, de media 304,64 micras. El grosor conjuntival estromal, también se redujo significativamente ($p=0,028$), de media 263,17 micras. El grosor epitelial no se vio modificado significativamente ($p=0,600$) a lo largo del seguimiento. No se observaron diferencias significativas en las medidas obtenidas en pacientes operados con sutura o con pegamento tisular.

Conclusiones: El grosor conjuntival total disminuye a lo largo del seguimiento postquirúrgico y respecto al grosor prequirúrgico a costa de modificaciones en el estroma conjuntival, lugar de asiento inicialmente de la patología y posteriormente del edema postquirúrgico que se reduce progresivamente. El grosor epitelial no se modifica a lo largo del seguimiento. No existen diferencias en la evolución anatómica mediante ambas técnicas.

CPC206

HIPEREMIA OCULAR MEDIDA CON EL KERATOGRAPH 5M EN PACIENTES CON TRATAMIENTO TÓPICO HIPOTENSOR

Francisco PÉREZ BARTOLOMÉ, Cristina FERNÁNDEZ PÉREZ, José M.^a MARTÍNEZ DE LA CASA

Propósito: Examinar la correlación entre la hiperemia ocular (HO) medida con el nuevo Keratograph 5M (K5M) y el uso de medicaciones tópicas anti-glaucomatosas.

Métodos: Estudio transversal. 211 ojos de 211 pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto o hipertensión ocular fueron reclutados durante 10 meses. Se incluyeron 51 ojos de 51 sujetos controles sanos sin tratamiento, apareados por edad y sexo. Se registraron los valores de HO mediante el K5M: Global, bulbar temporal (BT), bulbar nasal (BN), limbar temporal (LT) and limbar nasal (LN), grado de tinción corneal con fluoresceína (OXFORD), altura del menisco lagrimal inferior (AMLI) (OCT-Spectralis), tiempo de ruptura lagrimal no invasiva (TBUT-NI) (Keratograph 5M) y la puntuación en el cuestionario OSDI (Ocular Surface Disease Index), así como el tipo y el número de medicaciones hipotensoras tópicas utilizadas, el tipo de conservante y la concentración diaria y acumulada de conservante.

Resultados: Se registraron valores de HO significativamente más altos en el grupo tratado que en el grupo control ($P < 0.01$ en todos los sectores). En el grupo tratado, los pacientes de mayor edad presentaron niveles superiores de HO ($P < 0.05$ en todos los sectores). El uso de prostaglandinas se asoció con una mayor HO, excepto en el sector LN. Puntuaciones más altas en el cuestionario OSDI se asociaron con valores más altos de HO LN ($\beta = 0.007$; $P < 0.05$), mientras que el uso de β -bloqueantes se asoció con una menor HO LN ($\beta = -0.225$). El uso de ≥ 3 gotas diarias con conservante se asoció con una mayor HO BN y ≥ 3 gotas diarias con una mayor HO LN ($\beta = 0.366$, $P < 0.01$; $\beta = 0.296$, $P < 0.05$; respectivamente).

Conclusiones: El K5M es capaz de detectar de forma objetiva la hiperemia inducida por las medicaciones tópicas anti-glaucomatosas. Los factores contribuyentes a la HO fueron la edad avanzada, un mayor número de gotas diarias (sectores nasales), mayores puntuaciones en el test de OSDI y el tratamiento con prostaglandinas.

CPC207

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LINFOMAS INTRAOCULARES (LIO) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Alba R. SERRANO PELUFFO, Víctor LLORENS, Anna CAMOS CARRERAS, Andrea GONZÁLEZ VENTOSA, Alfredo ADÁN CIVERA

Propósito: Describir los casos de linfomas intraoculares observados en nuestro departamento de uveítis, además de la evolución de éstos y su pronóstico; clasificándolos en Linfomas intraoculares primarios (PIOL) y secundarios (SIOL).

Métodos: Estudio descriptivo de los linfomas intraoculares observados en el Departamento de Uveítis del Hospital Clínic de Barcelona durante un periodo de seguimiento entre 7 meses y 7 años.

Resultados: Se analizaron un total de 17 casos (8 bilaterales). El grupo de SIOL tuvo una prevalencia ligeramente superior (53% de los casos), siendo el linfoma MALT (4 casos y todos por contigüidad) y el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) los más frecuentes por igual, y el caso restante un linfoma de células T Natural Killer. De los casos con linfoma MALT no se documentaron muertes a los 6 años de seguimiento, mientras que en los casos con DLBCL las muertes se registraron en el 75% dentro de los 4 años de seguimiento (Incluyendo 1 caso de afectación de los senos paranasales). El paciente con el linfoma de células T Natural Killer murió a los 12 meses de seguimiento. De los PIOL, el exitus fue documentado en el 88% de los casos dentro de los 6 años de seguimiento.

En el 76,5% de los casos se diagnosticó linfoma intraocular primario o secundario dentro de los primeros 6 meses de inicio de los síntomas oftalmológicos y 88% en el primer año. Sobre la tasa de supervivencia a los 5 años del diagnóstico de linfoma intraocular en el grupo PIOL fue del 37,5%; En el grupo SIOL, el linfoma MALT con el 100% y el DLBCL con el 25%.

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman el mal pronóstico y el gran potencial maligno de PIOL, similar a lo publicado en la literatura. En cuanto a los SIOL, aquellos por contigüidad, linfoma tipo MALT mostraron un buen pronóstico, mientras que el caso de DLBCL con compromiso del seno paranasal presentó un mal resultado; SIOL secundario a diseminación hematógena (la gran mayoría de DLBCL) mostraron un mal pronóstico.

CPC208

ADELGAZAMIENTO COROIDEO MACULAR PRECOZ EN RETINOPATÍA DIABÉTICA

Francisco de Asís BARTOL-PUYAL, Carlos ISANTA OTAL, Pilar CALVO PÉREZ, Guayente VERDES SANZ, Beatriz ABADÍA ÁLVAREZ, Antonio FERRERAS AMEZ

Propósito: Examinar la anatomía macular coroidea en pacientes añosos sanos y compararla con pacientes añosos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) según el grado de retinopatía diabética (RD).

Método: Estudio observacional prospectivo en que se incluyeron 64 ojos de 32 pacientes sanos y 210 ojos de 105 pacientes con DM2 con o sin RD. Se excluyó del estudio a todo paciente con cualquier otro tipo de patología oftalmológica o que hubiera recibido previamente tratamiento intravítreo o con láser. Se obtuvo un mapa de 900 puntos de espesores coroides mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). A partir de los resultados de los pacientes sanos se estableció una división de la coroides en 5 zonas según su grosor, para después comparar estas zonas con las de los pacientes diabéticos.

Resultados: La edad media en el grupo sano fue de 66.83 ± 7.31 años y en el diabético fue de 67.37 ± 7.90 años. Se encontraron diferencias ($p < 0.05$) en todas las zonas coroides entre los grupos de sanos y RD leve, y entre sanos y RD moderada. Se encontró una correlación ($p < 0.05$) entre el grado de RD y el grosor coroides en cada una de las diferentes zonas.

Conclusiones: La RD implica un adelgazamiento coroides en toda el área macular, siendo más llamativo cuanto mayor es el grado de esta patología. Dicho adelgazamiento ya es significativo en el estadio leve, por lo que el análisis del grosor coroides con OCT podría resultar útil en el análisis precoz de RD.

CPC209

LÁSER SUBUMBRAL MIROPULSADO DE 577 NM PARA EL TRATAMIENTO DE LA COROIDOPATÍA SEROSA CENTRAL CRÓNICA

Carlos D. BLANDO LABRANDERO, Carlos SJÖHOLM GÓMEZ DE LIAÑO, Laura A. LIMA MODINO

Propósito: Valorar los resultados del láser micropulsado subumbral (SMD) de baja y alta intensidad para el tratamiento de la coroidopatía serosa central crónica.

Métodos: Una serie consecutiva de pacientes con CSC crónica (15 ojos de 13 pacientes) que recibieron tratamiento con SMD se analizaron de forma retrospectiva entre septiembre de 2015 y octubre de 2016. Se incluyeron a los pacientes con un desprendimiento macular neurosensorial idiopático, diagnosticado con tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT), y con fugas focales o difusas en el EPR vistas con angiografía fluoresceínica. Estos pacientes se observaron durante un periodo mínimo de 3 meses esperando su resolución espontánea, previa a ser tratados con el SDM. A todos los pacientes se les comprobó la mejor agudeza visual corregida (BCVA), SD-OCT y angiografía fluoresceínica pretratamiento.

La terapia se realizó con un láser de 577nm amarillo, a través de la lente láser PDT (Volk Optical Inc.). Se empezó con una longitud de onda constante de 577nm (Iridex, Mountain View, CA), potencia de 450 mW, duración de 200 ms, ciclo del 5%, alta densidad, y spot de 200 micras, confluyente, aplicado a las zonas de fuga o fluido subretiniano. Las revisiones se realizaron al mes, 3, 6 y 12 meses tras tratamiento.

Resultados: Todos los ojos respondieron al tratamiento. La mejoría visual media fue de 3.9 líneas Snellen ($P=0.015$). La BCVA fue estable a los tres meses posttratamiento. El grosor foveal medio disminuyó de 429 micras antes de tratamiento a 335 micras al año del SDM. La resolución media de las fugas fue de 3 meses. No se objetivó daño retiniano ni del EPR en OCT o angiografía fluoresceínica.

Conclusiones: El estudio se encuentra limitado por la pequeña muestra y el ser monocentrico. Los resultados fueron uniformes y consistentes con estudios previos. La seguridad, efectividad, simplicidad, y bajo costo del SDM sugiere que podría ser un buen tratamiento para la CSC crónica.

CPC210

CARACTERÍSTICAS BASALES DE PACIENTES TRATADOS CON RANIBIZUMAB INTRAVÍTREO EN SPLIT Y JERINGA PRECARGADA EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO Y DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

Raquel DÍAZ RODRÍGUEZ, M.^a Magdalena ALBERTO PESTANO, Alberto AFONSO RODRÍGUEZ, Rodrigo ABREU GONZÁLEZ

Propósito: Analizar las características basales, tanto epidemiológicas como clínicas, de pacientes afectos de edema macular diabético (EMD) y degeneración macular asociada a la edad exudativa (DMAE) previas al inicio del tratamiento con ranibizumab intravítreo en dos periodos diferenciados: uso de ranibizumab dividido a partir de viales (split) y uso de ranibizumab en jeringa precargada (JPC).

Método: Estudio retrospectivo en práctica clínica habitual. Se incluyeron todos los pacientes naive que recibieron tratamiento con ranibizumab intravítreo por EMD o DMAE, de forma consecutiva en nuestro centro. El periodo de split fue de 12 meses consecutivos y el de JPC los 6 primeros meses tras su implantación para ambas patologías.

Resultados: La distribución de pacientes incluidos en los diferentes grupos fue la siguiente: 53 ojos EMD split, 31 ojos EMD JPC, 43 ojos DMAE split y 29 ojos DMAE JPC. Las agudezas visuales iniciales (AV) medias fueron respectivamente (en letras): 62,3 +/-16,4; 64,20+/-18,37; 47,86+/-20,08 y 46,11+/-27,46. El percentil 75 de AV mejoró 5 letras en ambas patologías comparando split con JPC. La mediana del espesor central de la retina (CST) fue respectivamente (en micras): 387, 323, 356 y 337.

Conclusiones: Las características epidemiológicas basales de los pacientes, en ambas patologías, no presentan diferencias significativas, sin embargo la tendencia es que en la época JPC comiencen tratamiento pacientes con mejor agudeza visual y menor CST.

CPC211

ESTUDIO CON ANGIOGRAFÍA MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT-A) DEL PLEXO CAPILAR SUPERFICIAL Y PROFUNDO EN OBSTRUCCIÓN VENOSA RETINIANA (OVR)

Marta DÍEZ SOTELO, Maximino ABRALDES LÓPEZ-VEIGA, M.^a Isabel FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.^a José RODRÍGUEZ CID, María GIL MARTÍNEZ, Francisco GÓMEZ-ULLA DE IRAZAZÁBAL

Propósito: Describir los principales hallazgos microvasculares (presencia de cambios capilares maculares, estudio de la zona foveal avascular (ZAF) y detección de áreas de isquemia) mediante la utilización de OCT-A en pacientes con OVR.

Método: Veintitrés pacientes con una edad media de 65 años (rango 43-87 años) diagnosticados de Oclusión de Vena Central de la Retina (OVCR, 6 ojos) o Rama Venosa Retiniana (ORVR, 17 ojos) fueron reclutados para el estudio. Se llevó a cabo la exploración fundoscópica mediante retinografía y se analizó la red capilar macular mediante OCTA (tecnología Angioplex y/o TritonSS OCT Angio), evaluando el plexo capilar superficial y profundo. El protocolo de escaneo angiográfico estudió un área de 3x3 o 6x6 mm centrada en fóvea.

Resultados: Las principales características observadas mediante la evaluación del plexo capilar superficial fueron la interrupción de la arcada capilar perifoveal y la presencia de alteraciones microvasculares, ambas en 20 (86.9%) ojos. Trece (56.5%) y 10 (43.5%) ojos presentaron áreas de no perfusión capilar y aumento de ZAF, respectivamente. En contraste, el plexo capilar profundo evidenció principalmente áreas de no perfusión capilar en 19 (82.6%) ojos, aumento de ZAF en 18 (78.3%) ojos y congestión vascular en 17 (73.9%) ojos.

Conclusiones: A pesar de que hasta el momento la angiografía fluoresceínica (AGF) ha sido el gold estándar para la exploración de la vascularización retiniana, el OCT-A permite identificar un mayor número de capilares maculares. Nuestro estudio mostró la mayor afectación del plexo capilar profundo respecto al superficial en OVR. A diferencia de la AGF, el OCT-A permite diferenciar los plexos vasculares en las diferentes capas retinianas, evaluar la zona foveal avascular y las áreas de no perfusión capilar e identificar las principales características microvasculares en pacientes con OVR, convirtiéndose así en una herramienta óptima para el diagnóstico y seguimiento de esta patología.

CPC212

TRATAMIENTO DE LA RETINA CON CÉLULAS MADRE EN MODELOS ANIMALES DE ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Romana GARCÍA GIL, Anselmo FELICIANO SÁNCHEZ

Propósito: Estudio de la respuesta neuroprotectora de las células mesenquimales humanas (MSC) sobre las células ganglionares de la retina en un modelo animal de esclerosis múltiple (EM).

Método: Se generó un modelo animal de EM, un modelo de EAE (encefalitis autoinmune experimental) con la proteína de la mielina (MOG) en ratón B6/C57, tras la inmunización se estudiaron los cambios que ocurrieron en la retina y se analizó el efecto de la infusión endovenosa de células mesenquimales. Se estudiaron 3 grupos: sanos (control), enfermos (EAE), enfermos en tratamiento con células mesenquimales (experimental).

Los animales del modelo EAE, fueron monitorizados y seguidos mediante escalas de discapacidad motora. Los globos oculares, retinas y nervios ópticos, se obtuvieron y procesaron para: 1) técnicas de examen morfológico y morfométrico a microscopía óptica, 2) técnicas de inmunofluorescencia, 3) técnicas de examen ultraestructural a microscopía electrónica.

Resultados: Los resultados demostraron que tras la administración de MSC intravenosas se producía una menor pérdida de CGR, el promedio de CGR en el grupo EAE fue de $0,0891\mu\text{m}$, frente $0,1166\mu\text{m}$ del grupo experimental, con un valor de p estadísticamente significativo ($p=0,01$). Esta mejoría cuantitativa no se tradujo en mejoría morfológica en el estudio ultraestructural de las CGR del grupo experimental.

Conclusiones: Se encontró un efecto neuroprotector tras la administración de MSC intravenosas, apreciándose una menor pérdida de CGR, efecto provocado por la capacidad inmunomoduladora de las MSC debido a su capacidad de secretar sustancias bioactivas.

CPC213

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON EPLERENONA A UN MES EN CORIORRETINOPATIA CENTRAL SEROSA CRONICA

Antonio M. GARRIDO HERMOSILLA, Francisco de Borja DOMÍNGUEZ SERRANO, M.^a JESÚS DÍAZ GRANDA, Enrique RODRÍGUEZ DE LA RÚA

Propósito: Analizar los resultados anatómicos, funcionales y analíticos en pacientes con coriorretinopatía central serosa (CRCS) crónica tratados con 25 mg/día de eplerenona oral tras un mes de tratamiento.

Método: Se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de CRCS crónica que acudieron a consulta entre enero y marzo de 2017, independientemente del tiempo previo de diagnóstico o tratamientos realizados anteriormente. A todos ellos se les realizó examen oftalmológico general, analítica (Na/K en sangre y orina, HbA1c, hemograma, bioquímica general, perfil lipídico, renal y hepático), OCT macular, autofluorescencia y angio-OCT, tanto basal como al mes de tratamiento. También se solicitó test del aliento antes de comenzar el tratamiento a todos los pacientes.

Resultados: Se seleccionaron un total de 6 pacientes afectados de CRCS crónica de forma unilateral (cinco hombres y una mujer, la media de edad fue 55 años). El 50% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con terapia fotodinámica y colirios antiinflamatorios tópicos, el 17% sólo con terapia fotodinámica y el 33% no habían realizado tratamiento previo alguno. El tiempo medio desde el diagnóstico de CRCS crónica al comienzo del tratamiento con eplerenona fue de 2 años y 9 meses. La MAVC media al comienzo fue de 0.7, el grosor macular y del desprendimiento de neuroepitelio (DNE) fue de 314.5 y 157.3 micras, respectivamente. Al mes del tratamiento, la MAVC no sufrió cambios significativos, mientras que el grosor del DNE se redujo en 50 micras de media. En ningún caso se encontró neovascularización coroidea de forma basal ni al mes de tratamiento. El efecto secundario más frecuente fueron las alteraciones en el perfil lipídico, especialmente aumento de los triglicéridos en sangre (+ 66.95 mg/dl de media), aunque sin repercusiones clínicas.

Conclusiones: La eplerenona oral se plantea como una alternativa en el tratamiento del CRCS crónico por sus buenos resultados anatómicos y perfil de seguridad.

CPC214

EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON DEXAMETASONA INTRAVÍTREA DEL EDEMA MACULAR SECUNDARIO A OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA

M.^a Eugenia HIDALGO ESPINOSA, Helena ESTERO SERRANO DE LA CRUZ, Alfredo FERNÁNDEZ RUIZ, Antonio ADÁN, Hugrun HALLSTEINSDOTTIR

Propósito: Estudiar la eficacia y la seguridad de tratamiento del edema macular secundario a oclusión venosa retiniana en 7 ojos con tratamiento de implante de dexametasona intravítrea tras el período de 3 años.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de 7 pacientes con edad media de 73.78 años diagnosticados de edema macular secundario a oclusión venosa retiniana. De los 7 ojos, el 57.1% presentaban una trombosis de vena retiniana (TVR) y 42.8% trombosis de vena central retiniana (TVCR). El implante de dexametasona intravítrea 0.7 mg (Ozurdex) era una segunda línea de tratamiento tras no responder a Bevacizumab (Avastin). A los tres años se valoró cuántos pacientes requirieron implante de dexametasona intravítrea y/u otro tratamiento. Se comparó la agudeza visual con E de Snellen, el grosor foveal en OCT Zeiss stratus, la prevalencia de catarata y de glaucoma tras el primer implante de Ozurdex y a los tres años del mismo.

Resultados: De los 7 ojos, el 85.71%, requirió un segundo tratamiento por reincidencia del edema macular. Cuatro fueron pautados un segundo implante de Ozurdex, y uno tratamiento con Ranibizumab (Lucentis). El 14.29% no requirió tratamiento por presentar atrofia macular.

La AV solo mejoró en 1 ojo con 3 líneas, en 1 ojo se mantuvo igual con visión 0.1 y en el resto existió una media de disminución de agudeza visual de 2.2 líneas. En la OCT, excluyendo al paciente que presentó la atrofia macular, se calculó una media tras tratamiento de implante de dexametasona de 238 micras que al reevaluar a los 3 años fue de 240.16 micras.

De efectos adversos el 42.85% desarrolló catarata y el 14.28% tuvo glaucoma.

Conclusiones: A largo plazo existe una disminución del edema macular valorado por OCT en el tratamiento de Ozurdex para oclusión venosa retiniana. Sin embargo, a pesar de una mejoría inicial, el pronóstico de agudeza visual a largo plazo, depende del tratamiento precoz. El efecto adverso más prevalente es el desarrollo de catarata.

CPC215

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL IMPLANTE DE ARGUS II® ENTRE EL ÚNICO PACIENTE CON SÍNDROME DE USHER Y PACIENTES AFECTADOS DE RETINOSIS PIGMENTARIA

Sarah KARAM PALOS, Jeroni NADAL REUS, Maximiliano OLIVERA

Propósito: Analizar las habilidades adquiridas por el único paciente con síndrome de Usher (SU) portador de un implante ARGUS II® al año de seguimiento; comparado con pacientes afectados de retinosis pigmentaria (RP) portadores de dicha prótesis implantada en nuestro centro.

Método: Se analizan los resultados de la rehabilitación en nuestros 3 pacientes implantados con ARGUS II, 2 mujeres (de 41 y 50 años) diagnosticadas de RP que presentaban ceguera legal de más de 15 años de evolución; y un varón de 51 años con SU y ceguera legal desde hacía 16 años. Analizamos la salud general, tiempo quirúrgico, complicaciones perioperatorias, tiempo hasta el primer encendido, percepción luz/sombra, identificación de formas y letras con alto contraste, identificación de movimiento, logros adquiridos en la vida diaria (cuestionario standard), así como el tiempo de utilización del dispositivo incluyendo la rehabilitación pautada como la utilización libre del aparato.

Resultados: El tiempo quirúrgico se mejoró de 3:15 horas a 2:20 horas. Esta variabilidad de tiempo fue debida a la lógica curva de aprendizaje del cirujano. No existieron complicaciones perioperatorias y el tiempo hasta el primer encendido del dispositivo fue el mismo para todos los casos (28 días). Tras 2 meses de utilización del ARGUS II® los pacientes con RP mostraron una progresión más rápida en la rehabilitación y en sus logros. El tercer mes, el paciente con SU alcanzó el mismo nivel en nuestro método standard de medición. Tras 5 meses, este paciente mostró una mejoría extraordinaria en las actividades cotidianas y logró mucha mayor independencia en el día a día en comparación con las pacientes con RP.

Conclusiones: Aunque el SU no está contemplado como indicación para la implantación del ARGUS II®, básicamente por su discapacidad para el aprendizaje y la comunicación, el resultado obtenido con nuestro paciente debería alentar a considerar el SU como posibles candidatos a la recepción de implantes retinianos.

CPC216

EXPLORACIÓN FUNDUSCÓPICA MEDIANTE SMARTPHONE

Alberto MARTÍN JUAN, Ignacio FLORES MORENO, Gabriel ARCOS VILLEGAS

Propósito: Describir la visualización y registro del fondo de ojo mediante Smartphone y lente de 28D, y su utilidad para realizar retinografías y exploraciones retinianas.

Métodos: En 56 ojos de 45 pacientes, con pupila dilatada, se realizó exploración funduscópica, con lente indirecta de 28D colocada a la distancia habitual del ojo, y visualización mediante cámara de video con LED continuo en smartphone, a distancia de trabajo, sin necesidad de blefarostato ni otros dispositivos, y con visualización de polo posterior y periferia retinianos

Resultados: Se obtuvo una buena calidad de imagen en 40 de 50 ojos con patología de polo posterior y media periferia, incluyendo, entre otros, degeneración macular asociada a la edad (seca y exudativa) y otras maculopatías, retinopatía diabética y otras vasculopatías, miopía patológica, tumores y cambios posquirúrgicos, así como buena visualización de los 4 cuadrantes en pacientes con desprendimiento de retina en 3 de 4 ojos. En patologías más sutiles no se alcanzó suficiente calidad de imagen.

Conclusiones: La técnica descrita muestra la posibilidad de exploración retiniana y almacenamiento de sus imágenes con instrumentos accesibles a bajo coste, como una posible opción para screening retiniano, o realización y/o visualización de retinografías.

CPC217

NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA DE CAUSA INFRECIENTE: RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES

Paula MARTÍNEZ LÓPEZ-CORELL, Ivo GAMMA, Ioan A. PLACINTA

Propósito: Estudiar las diferencias del grosor coroideo subfoveal (GCSF) entre ojos sanos y ojos afectados de neovascularización coroidea (NVC) no debida a degeneración macular asociada a la edad (DMAE) ni miopía. Investigar la relación entre los cambios en el grosor coroideo y la agudeza visual (AV) de los ojos afectados de NVC antes y después del tratamiento antiangiogénico.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que incluyó 38 ojos de 19 pacientes. Se establecieron dos grupos, uno compuesto por 19 ojos afectados de NVC y el otro compuesto por los 19 ojos adelfos sanos. El grupo de los ojos afectados se trató mensualmente durante 3 meses consecutivos con tratamiento antiangiogénico y posteriormente se llevó a cabo un régimen pro-re-nata. En todos los pacientes se evaluó la AV. El análisis de las tomografías de coherencia óptica se llevó a cabo antes y después del tratamiento. Se evaluó el tipo y la localización de la NVC, el grosor retiniano central, la presencia o la ausencia de fluido subretiniano y la respuesta al tratamiento antiangiogénico.

Resultados: Se examinaron 19 pacientes (6 hombres y 13 mujeres de entre 24 y 76 años). El tiempo medio de seguimiento fue de 971 ± 442 días. En el momento del diagnóstico los ojos afectados de NVC presentaban un aumento del GCSF y del grosor retiniano central (GRC) con respecto a los ojos sanos que fue estadísticamente significativo ($p=0,001$ y $P=0,023$ respectivamente). A lo largo del seguimiento se obtuvo una disminución del GCSF y del GRC tras el tratamiento antiangiogénico estadísticamente significativo ($p=0,000128$ y $p=0,0001$ respectivamente). Asimismo, se observó una correlación positiva entre el GRC y la AV ($R=0,50$, $p=0,029$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que las NVC de etiología diferente a DMAE y miopía se asimilan a los observados las NVC de etiología más frecuente. El tratamiento antiangiogénico se asocia a una disminución de grosor coroideo y retiniano y consecuentemente una mejoría de la AV.

CPC218

INYECCIONES INTRAVÍTREAS DE ANTI-VEGF, ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA ECOGRAFÍA?

Tamara MATO GONDELLE, Manuel BANDE RODRÍGUEZ, Antonio PIÑEIRO CES

Propósito: Evaluar ecográficamente los cambios objetivables en el vítreo tras tratamiento con inyecciones de anti-VEGF.

Método: Se trata de un estudio retrospectivo llevado a cabo en 34 pacientes diagnosticados de DMAE exudativa. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, ojo afectado, número de inyecciones intravítreas y tipo de anti-VEGF (ranibizumab, aflibercept). En todos los casos la ecografía fue realizada con ojo el abierto y bajo anestesia tópica. Se realizó ecografía topográfica, cuantitativa y cinética en los cuatro cuadrantes de cada ojo con una sonda de 10 MHz. El grado de reflectividad del vítreo fue estudiado utilizando el programa ImageJ.

Resultados: La media de edad fue de 80 años (59-94 años) con una media de 5 inyecciones intravítreas (1-12). No se encontraron diferencias significativas relacionadas con la incidencia de desprendimiento de vítreo posterior en los ojos incluidos en el estudio.

En la mayoría de los casos, la hiperecogenicidad del vítreo se encontró que estaba aumentada en los ojos tratados ($p < 0.001$). Además, la reflectividad vítrea aumentaba proporcionalmente con el número de inyecciones intravítreas ($p = 0.03$). El tipo de anti-VEGF utilizado y el tiempo transcurrido desde la última inyección no modificaron el resultado ($p > 0.05$).

Conclusiones: En este estudio se observó que existe un aumento en la reflectividad ultrasonográfica del vítreo directamente relacionada con el número de inyecciones.

CPC219

RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES TRAS CIRUGÍA DE MEMBRANA EPIRRETINIANA

Silvia PAGÁN CARRASCO, Paula MAQUEDA GONZÁLEZ, JUAN A. LIBERAL BEJARANO, Elena M.^a RODRÍGUEZ NEILA

Propósito. Relacionar las características preoperatorias anatómicas y funcionales en la recuperación funcional tras la cirugía de las membranas epirretinianas maculares. La tracción ejercida por las membranas epirretinianas (MER) producen síntomas que incluyen disminución de la agudeza visual y metamorfopsias. Un porcentaje relativamente alto de membranas epirretinianas maculares tienen tendencia a estabilizarse y, si los síntomas a la altura de la estabilización no restan calidad de vida al paciente, se pueden seguir controlando sin necesidad de cirugía. En ocasiones, a pesar de su eliminación quirúrgica, el engrosamiento retiniano puede persistir, impidiendo la recuperación visual.

Método. Estudio retrospectivo que incluye 13 ojos (de 13 pacientes), en el periodo de 2016, intervenidos mediante vitrectomía pars plana con extracción de MER y pelado de membrana limitante interna por un mismo cirujano. Se analiza en todos ellos, como característica funcional la mejor agudeza visual corregida (MAVC) previa y post-quirúrgica. Y como característica anatómica el grosor macular central determinado mediante tomografía de coherencia óptica previo y post-quirúrgico. Así mismo se analizará, etiología de la MER, y estado del cristalino.

Resultados. Tras analizar los resultados se pudo objetivar mejoría de la MAVC y una disminución del grosor foveal, ambos estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Conclusiones. Se consigue mejoría funcional y anatómica en un alto porcentaje tras la realización de dicha cirugía. Siendo la determinación de la mejor agudeza visual corregida y el grosor macular central, determinantes en el éxito postquirúrgico e imprescindibles para realizar un buen seguimiento.

CPC220

UTILIDAD DE LA ANGIOGRAFIA OCT EN EL DIAGNOSTICO DE LAS MEMBRANAS NEOVASCULARES TIPO 3

Noemí RUIZ DEL RÍO, Antonio M. DUCH SAMPER, Francis GARCÍA IBOR, Rodrigo CLEMENTE,
Francisco FARIAS, Raúl TORRECILLAS

Propósito: La angiografía-OCT es una técnica diagnóstica que se ha incorporado recientemente a la clínica práctica. No precisa contraste intravenoso y se realiza en un corto periodo de tiempo. La técnica valora el flujo sanguíneo dentro de las estructuras vasculares, no siendo valorables los vasos sin flujo ni aquellos con flujo a baja velocidad.

Método: Estudio descriptivo en el que emplea la angiografía OCT del sistema DRI OCT Triton (Topcon) en 3 pacientes con Membrana neovascular corioidea unilateral de tipo 3, para el estudio y diagnóstico del polo posterior. Se realiza un análisis multimodal de la angiografía OCT del plexo vascular superficial, el profundo, la zona avascular y la coriocapilar centrado en el área macular. También se valora la correlación de los hallazgos con el B scan.

Resultados: El estudio con angiografía-OCT demuestra la existencia de proliferación angiomatosa intrarretiniana (RAP) así como la actividad exudativa en el análisis del B-scan en la fase activa de la enfermedad. La técnica también es útil en la evaluación de la respuesta al tratamiento antian-giogénico. El RAP puede ser perceptible tras un tratamiento efectivo en el que no aparece actividad exudativa.

Conclusiones: La angiografía-OCT es una técnica diagnóstica útil en el manejo de la neovascularización macular. Evidencia vasos con flujo sanguíneo activo y permite estratificar la localización de los mismos en las distintas capas de la retina y la coroides. La neovascularización tipo 3 presenta un reto diagnóstico para la angiografía fluoresceínica convencional y precisa de angiografía con verde indocianina. La angiografía-OCT puede ser una herramienta útil tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de la entidad. Pudiendo ser utilizada en el seguimiento de lesiones quiescentes.

CPC221

EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN ORAL CON ANTIOXIDANTES Y ÁCIDO GRASOS OMEGA 3 SOBRE LAS VITAMINAS B9 Y B12 EN DIABÉTICOS TIPO 2

Silvia M.^a SANZ GONZÁLEZ, Vicente ZANÓN MORENO, Jorge RAGA CERVERA, Nuria PONS VÁZQUEZ, Victor CHINER RIDAURA, M.^a Dolores PINAZO DURÁN

Propósito: Las vitaminas B9 y B12 son coenzimas de procesos ligados al metabolismo de nutrientes orgánicos. La B9 es necesaria para formar proteínas estructurales y la B12 es cardioprotectora y neuroprotectora. Esas vitaminas se han relacionado con la mejora de signos y síntomas de la retinopatía (RD). Proponemos un estudio para analizar la disponibilidad de dichas vitaminas en diabéticos tipo 2 (DM2) con (+RD) y sin (-RD) afectación retiniana, y el efecto de la suplementación oral con antioxidantes y ácido grasos omega 3 sobre dichos niveles, y su repercusión para el curso de la enfermedad.

Métodos: Los 119 participantes fueron distribuidos en: 1) grupo de DM2 (n=64) y 2) grupo control (GC; n=55) que se examinaron oftalmológicamente, obteniendo sangre para determinar las vitaminas B9 y B12. Los dos grupos se subdividieron en aquellos que tomaron 1 comprimido/día del suplemento durante 3 años y los que no lo ingirieron. Se integraron y analizaron todos los datos mediante el programa SPSS 20.0.

Resultados: Ambas vitaminas B9 y B12 estaban significativamente disminuídas en el grupo DM2 vs GC ($p < 0.05$). Además los pacientes +RD presentaban valores significativamente inferiores a los pacientes -RD ($p < 0.05$). Se apreció aumento significativo de B9 y B12 (< 0.05) en pacientes suplementados frente a los no suplementados, en ambos grupos de estudio

Conclusiones: Los valores de B9 y B12 que estaban disminuídos en los DM2 con RD mejoraron los niveles tras la suplementación, lo que sugiere que la formulación que incluya estas vitaminas puede suponer un estímulo para el funcionamiento óptimo de procesos celulares fundamentales para la visión. Proponemos incluir la determinación de las vitaminas B9 y B12 en pacientes DM2 para evaluar el riesgo de RD.

Comunicaciones en Panel